

Plan Aetna Health Exchange: California

Visite www.aetna.com/formulary para consultar la información más reciente. Para ver un resumen de la cobertura o los beneficios de su plan, inicie sesión en el sitio seguro para miembros en www.aetna.com. O bien, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes. El formulario está sujeto a cambios. Las versiones anteriores ya no tienen vigencia.

Los nombres de planes médicos a los que corresponde este documento en el estado de California se enumeran a continuación:

Nombre del plan

- Aetna CVS Health \$0 Cost Share HMO AI-AN
- Aetna CVS Health Bronze 60 HDHP HMO
- Aetna CVS Health Bronze 60 HMO
- Aetna CVS Health Bronze 60 HMO AI-AN
- Aetna CVS Health Gold 80 HMO
- Aetna CVS Health Gold 80 HMO AI-AN
- Aetna CVS Health Minimum Coverage HMO
- Aetna CVS Health Platinum 90 HMO
- Aetna CVS Health Platinum 90 HMO AI-AN
- Aetna CVS Health Silver 70 HMO
- Aetna CVS Health Silver 70 HMO AI-AN
- Aetna CVS Health Silver 70 HMO Off Exchange
- Aetna CVS Health Silver 73 HMO
- Aetna CVS Health Silver 87 HMO
- Aetna CVS Health Silver 94 HMO

Los beneficios de salud y los planes de seguro de salud son ofrecidos o suscritos por Aetna Health of California Inc. y Aetna Life Insurance Company (Aetna). Cada aseguradora tiene responsabilidad financiera absoluta por sus propios productos. Los beneficios de farmacia se administran a través de un administrador de beneficios de farmacias afiliadas de CVS Caremark. Aetna es parte del grupo de compañías de CVS Health.

Table of Contents

INFORMATIONAL SECTION.....	4
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL CÁNCER.....	18
AGENTES INMUNOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO.....	23
ANALGÉSICOS – MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN.....	26
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES.....	33
CARDIOVASCULARES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS Y DEL SISTEMA CIRCULATORIO.....	45
COMPLEMENTOS NUTRICIONALES – VITAMINAS Y SUPLEMENTOS.....	55
DISPOSITIVOS MÉDICOS.....	57
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS.....	59
GASTROINTESTINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y EL ESTÓMAGO.....	76
GENITOURINARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES GENITALES Y DEL TRACTO URINARIO.....	81
HEMATOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE.....	84
OFTÁLMICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OJOS.....	86
OTROS.....	90
RESPIRATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS.....	90
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO.....	96
TÓPICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS.....	114

Definiciones

Un **medicamento de marca** es un medicamento que es comercializado con un nombre comercial y una marca registrada protegida. Los medicamentos de marca se incluyen en este formulario en letra MAYÚSCULA.

El **coseguro** es un porcentaje del costo de un beneficio cubierto de atención médica que usted paga después de haber pagado el deducible, si corresponde uno para el beneficio de atención médica.

El **copago** es un monto fijo en dólares por un beneficio cubierto de atención médica que usted paga después de haber pagado el deducible, si corresponde uno para el beneficio de atención médica.

El **deducible** es el monto que paga por los beneficios cubiertos de atención médica que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud comience a pagar. Si la póliza de su seguro de salud tiene un deducible, puede tener uno solo o varios separados para los beneficios médicos y los beneficios de medicamentos con receta. Después de pagar el deducible, por lo general solo paga un copago o coseguro por los beneficios de atención médica cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.

El **nivel del medicamento** es un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel de costo compartido específico en su póliza de seguro de salud. El nivel del medicamento en el que se ubica un medicamento con receta determina su parte del costo del medicamento.

El **inscrito** es una persona inscrita en un plan de salud que tiene el derecho a recibir servicios del plan.

Una **solicitud de excepción** es una solicitud de cobertura de un medicamento que no está en el formulario. Si usted, su representante o el proveedor de atención médica autorizado a emitir la receta presenta una solicitud de cobertura para un medicamento que no está en el formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento que no está en el formulario cuando sea médicaamente necesario que usted tome el medicamento.

Las **circunstancias urgentes** son situaciones en las que usted padece una afección médica que puede perjudicar gravemente su vida, salud o su capacidad para recuperar la función máxima, o cuando esté bajo un curso de tratamiento actual con un medicamento que no está en el formulario.

El **Formulario** o la **lista de medicamentos con receta** es una lista de medicamentos que están cubiertos por su póliza de seguro de salud dentro del beneficio de medicamentos con receta de la póliza.

Un **medicamento genérico** es el medicamento equivalente al medicamento de marca en cuanto a dosificación, concentración, efecto, modo de administración, calidad, seguridad y uso previsto. Los medicamentos genéricos se incluyen en este formulario en letra minúscula, negrita y cursiva.

Médicamente necesario significa que los beneficios de atención médica son necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una afección médica o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Por lo general, el seguro de salud no incluye los beneficios de atención médica que no son médicaamente necesarios.

El **tratamiento médicaamente necesario de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias** incluye los servicios o productos que tratan necesidades específicas de ese paciente con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, incluida la disminución del avance de una enfermedad, lesión o afección o sus síntomas, que tengan las siguientes características:

- Estén de acuerdo con los estándares generalmente aceptados para el cuidado de los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias.
- Sean adecuados clínicamente en cuanto al tipo, la frecuencia, el grado, el lugar y la duración.
- No sean principalmente por nuestro beneficio económico ni por la conveniencia del paciente, médico u otro proveedor de atención médica.

Consulte su Resumen de beneficios para ver más información sobre su cobertura de servicios médicaamente necesarios para tratar un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias.

Para ver un resumen de la cobertura o los beneficios de su plan, inicie sesión en el sitio seguro para miembros en www.aetna.com. O bien, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Un **medicamento que no está en el formulario** es un medicamento con receta no incluido en este formulario.

Los **medicamentos orales para el tratamiento del cáncer** son medicamentos con receta contra el cáncer que se administran por vía oral y se utilizan para eliminar las células cancerosas o para ralentizar su crecimiento.

Los **costos que paga de su bolsillo** son los gastos por los beneficios de atención médica que su seguro de salud no le reembolsa. Los costos que paga de su bolsillo incluyen los deducibles, copagos y coseguros por los beneficios cubiertos de atención médica, más todos los costos por los beneficios de atención médica que no están cubiertos.

El proveedor autorizado a emitir recetas es un proveedor de atención médica que puede hacer una receta por un medicamento para diagnosticar, tratar o prevenir una afección médica.

Una **receta** es un pedido oral, escrito o electrónico de un proveedor autorizado a emitir recetas en el cual se autoriza que se le provea un medicamento con receta a una persona específica. Un **medicamento con receta** es un medicamento que requiere una receta por ley.

Los **medicamentos preventivos para la salud** según la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA), incluidos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos, se cubren sin costo con una receta de su proveedor autorizado a emitir recetas cuando se obtienen en una farmacia dentro de la red. Es posible que se apliquen ciertas limitaciones.

La **autorización previa** es una decisión de su aseguradora de salud sobre si un beneficio de atención médica es médicamente necesario en su caso. Si un medicamento con receta está sujeto a una autorización previa en este formulario, su proveedor autorizado a emitir recetas debe solicitar la aprobación de su aseguradora para cubrir el medicamento antes de que usted pueda obtener la receta. Su aseguradora de salud debe aceptar el pedido de autorización previa cuando sea médicaamente necesario para usted tomar el medicamento.

El **tratamiento escalonado** es una secuencia específica en la cual se deben probar medicamentos con receta para una afección médica particular. Si un medicamento está sujeto al tratamiento escalonado en este formulario, es posible que tenga que probar uno o más medicamentos para que la póliza de seguro de salud cubra ese medicamento para su afección médica. Si su proveedor autorizado a emitir recetas solicita una excepción al requisito de tratamiento escalonado, su aseguradora de salud debe aceptar el pedido cuando sea médicaamente necesario para usted tomar el medicamento.

El **suscriptor** es la persona responsable por el pago del plan o cuyo empleo u otro estado, excepto como dependiente familiar, sea la base de la elegibilidad para la membresía en el plan.

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 proveedor de atención médica. 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.

Consulte el Resumen de beneficios para ver las diferencias y la información sobre los medicamentos con receta cubiertos dentro de los medicamentos con receta para pacientes externos y con beneficio médico en su plan.

Puede encontrar un medicamento con receta buscando en la categoría terapéutica y la clase a la que corresponde el medicamento o buscando el nombre genérico o de marca del medicamento en el índice alfabético.

Si no hay un equivalente genérico para el medicamento de marca disponible en el mercado o si no está cubierto, el medicamento no figurará en la lista por separado bajo su nombre genérico.

- Los medicamentos se incluyen alfabéticamente por nombre genérico y de marca en la categoría terapéutica y la clase a la que pertenecen.
- El nombre genérico de un medicamento de marca se incluye después del nombre de la marca entre paréntesis y en letra minúscula, negrita y cursiva; por ejemplo: COREG (**carvedilol**).
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca está disponible y cubierto, el medicamento genérico se incluirá aparte del medicamento de marca en letra minúscula, negrita y cursiva; por ejemplo: **carvedilol**.
- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre comercial y marca registrada protegida, la marca se incluirá después del nombre genérico entre paréntesis y en fuente regular, con la primera letra de cada palabra en mayúscula; por ejemplo: **desogestrel-ethinyl estradiol** (Azurette).
- Que un medicamento con receta se incluya en el formulario no garantiza que su proveedor autorizado a emitir recetas vaya a recetar el medicamento para una afección médica particular.
- Las categorías terapéuticas y las clases se basan en el sistema de clasificación terapéutico Medispan.

Su plan incluye lo siguiente:

- Medicamentos genéricos y de marca que son seleccionados por su calidad y efectividad.
- Puede obtener las recetas en cualquier farmacia participante (de la red), a menos que sea una receta para un medicamento especializado,

o que su plan requiera que a los medicamentos de mantenimiento los dispensen ciertas farmacias. Aetna tiene contratos con una amplia red de farmacias minoristas. Para buscar una farmacia de la red, visite **www.aetna.com**.

- Una farmacia de especialidad 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 proveedor de atención médica. Se trata de una tarifa fija o un porcentaje del precio del medicamento/la medicina. Si el precio de una farmacia minorista del medicamento con receta es menor que el monto del costo compartido total, no deberá pagar más que el precio minorista del medicamento.

Cada medicamento se agrupa en medicamentos genéricos, de marca o especializados. Los medicamentos preferidos dentro de estos grupos generalmente harán que ahore 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 médicaamente necesario para usted utilizar un medicamento con receta que no aparece en esta guía de medicamentos, usted o su proveedor autorizado a emitir recetas debe solicitar una excepción médica.

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

- **Nivel 1:** medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo
- **Nivel 2:** medicamentos de marca preferidos
- **Nivel 3:** medicamentos de marca no preferidos
- **Nivel 4:** medicamentos especializados

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, por ejemplo, sus copagos y montos máximos en dólares.

Los medicamentos orales para el tratamiento del cáncer tienen cobertura a \$0 de costo compartido si aparecen en la lista de medicamentos orales para el tratamiento del cáncer, a menos que tenga un deducible médico/de farmacia integrado que deba alcanzar. Cuando alcance su deducible, deberá pagar \$0 por los medicamentos para el tratamiento del cáncer que aparecen en la lista de medicamentos.

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.

¿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 tarjeta de 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 controlar su tratamiento. Con este tipo de farmacia, puede recibir este medicamento directamente en nuestra casilla de correo.

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 proveedor autorizado a emitir recetas puede enviárnosla de una de estas tres 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”.

CVS Caremark® Mail Service Pharmacy

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 proveedor autorizado a emitir recetas. 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 proveedor autorizado a emitir recetas puede presentar su pedido 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. Solamente un proveedor autorizado a emitir recetas puede enviar la 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 proveedor autorizado a emitir recetas que considere recetarle medicamentos que estén en la Guía de medicamentos (formulario) de la farmacia.
- Pídale a su proveedor autorizado a emitir recetas que considere recetarle medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca.
- Nuestro servicio de 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 proveedor autorizado a emitir recetas decida recetarle un medicamento genérico o permitirle al farmacéutico sustituir un medicamento genérico.

¿Qué es una autorización previa?

La autorización previa es una de las formas en las que podemos ayudar a usted y a su proveedor autorizado a emitir recetas a encontrar medicamentos seguros y apropiados, y mantener bajos los costos. La autorización previa significa que usted o su proveedor autorizado a emitir recetas debe obtener la autorización del plan antes que se cubran determinados medicamentos. Por lo general, la autorización previa se aplica a 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 proveedor autorizado a emitir recetas 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 (FDA) de los EE. UU y es posible que cuesten menos. Tratan la misma afección que el medicamento de tratamiento escalonado.

Si no prueba los medicamentos 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 proveedor autorizado a emitir recetas 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 autorización previa, el tratamiento escalonado o los límites de cantidad? ¿O si necesito un medicamento que mi plan no cubre?

En algunos casos, usted o el proveedor autorizado a emitir recetas pueden solicitar una excepción médica para los requisitos de la autorización previa, el tratamiento escalonado o los límites de cantidad, o para un medicamento que su plan no cubre. Las determinaciones de cobertura se tomarán dentro de las 72 horas después de recibir las solicitudes no urgentes. 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 el proveedor autorizado a emitir recetas con nuestra decisión. Se cubrirán todos los medicamentos con receta para pacientes externos que sean médica mente 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.

Las excepciones médicas aprobadas para solicitudes no urgentes brindarán cobertura mientras dure la receta, incluidos los resurtidos. Las excepciones médicas aprobadas para circunstancias urgentes le proporcionarán cobertura, incluidos los resurtidos, durante todo el período de urgencia.

Si le deniegan su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación mediante el proceso que se detalla en la carta de notificación.

Si no se toma una determinación para una solicitud de excepción de una autorización previa o un tratamiento escalonado dentro de las 72 horas después de recibir una solicitud no urgente y las 24 horas después de recibir una solicitud basada en circunstancias urgentes, la solicitud se considera aprobada y es posible que no podamos denegarla posteriormente.

En conformidad con la ley estatal, cubriremos un medicamento si previamente aprobamos la cobertura del medicamento para la afección médica del miembro y el proveedor autorizado a emitir recetas sigue recetando el medicamento para la afección médica, siempre y cuando el medicamento se recete de manera adecuada y sea seguro y eficaz para tratar la afección médica del miembro.

¿Cómo puede su proveedor autorizado a emitir recetas solicitar una excepción médica?

Las siguientes opciones le brindarán información para ayudarle a solicitar una excepción médica.

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

¿El formulario puede cambiar durante el año?

El formulario puede cambiar durante el año. Estas son algunas de las razones por las que puede cambiar:

- 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.
- Hay un cambio en el medicamento o la forma de dosificación.
- Hay un cambio en el nivel del medicamento, lo cual resulta en un costo compartido más alto.
- Los medicamentos con receta cambian en las restricciones de administración de uso (p. ej., autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad).

¿Qué es un medicamento con beneficio médico en comparación con un medicamento cubierto dentro del beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos?

Un medicamento con beneficio médico es el que, por lo general, no se autoadministra y requiere que un proveedor de atención médica lo administre. El beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos incluye medicamentos aprobados por la FDA que se autoadministran; con frecuencia, medicamentos orales o autoinyectables que no se excluyen de otra manera de la cobertura.

Consulte su Resumen de beneficios para ver las diferencias y la información sobre los medicamentos con receta cubiertos dentro de los medicamentos con receta para pacientes externos y de beneficio médico en su plan.

Para ver un resumen de la cobertura o los beneficios de su plan, inicie sesión en el sitio seguro para miembros en www.aetna.com. O bien, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Están cubiertos el equipo y los suministros para el tratamiento de la diabetes?

Su beneficio de medicamentos con receta también incluye la cobertura del equipo y los suministros para el tratamiento de la diabetes. Consulte la sección “Suministros para la diabetes” del formulario para ver los productos y suministros cubiertos por su plan.

• 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.

¿Cómo buscar una farmacia?

Puede encontrar una farmacia de dos maneras:

- **En línea:** inicie sesión en el sitio web seguro para miembros en **Aetna.com**.
- **Por teléfono:** llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. Durante el horario de atención regular, un representante podrá asistirlo. Nuestro asistente telefónico automático puede brindarle esta información durante las 24 horas.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no tengan acceso total a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-888-802-3862.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en su App Store.

No discriminación

Aetna cumple con las leyes federales y de California de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, edad, género, identidad de género, orientación sexual ni discapacidad.

Aetna brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idiomas.

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

Si considera que no le hemos provisto estos servicios o que lo hemos discriminado de otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, edad, género, identidad de género, orientación sexual o discapacidad, puede presentar una queja ante el coordinador de Derechos Civiles a:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779

1-800-648-7817, TTY: **711**, Fax: 860-262-7705

CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de California en www.insurance.ca.gov, o en la siguiente dirección: Consumer Services Division, 300 Spring Street South Tower, Los Angeles CA 90013, o llamando al 1-800-927-HELP (4357), TDD: **1-800-482-4TDD** (4833).

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos si hay un problema de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, sexo o discapacidad.

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 al **1-800-368-1019**, **800-537-7697** (TDD).

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Albanian	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi në numrin që gjendet në kartën tuaj të identitetit.
Amharic	የፋይኩ እን ልማትኩን የለከፍኑ ለማግኘት፡ በመቻውቃያም ለይ የለውን ቅጥር ይደውሉ፡፡
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Armenian	Ձեր նախընտրած լեզվով ավելաց խորհրդատվություն ստանալու համար զանգահարեք ձեր բժշկական ապահովության քարտի վրա նշված հերախոսահամարով
Bantu-Kirundi	Kugira uronke serivisi z'indimi ata kiguzi, hamagara inomero iri ku karangamuntu kawe
Bengali	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন।
Burmese	သင့်အနေဖြင့် အခကြွေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်၊ သင့် ID ကတ်ပေါ်တွင်ရှိသော ဖုန်းနံပါတ်အား ခေါ်ဆိုပါ။
Catalan	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per a vostè, telefoni al número indicat a la seva targeta d'identificació.
Cebuano	Aron maakses ang mga serbisyo sa lengguwahe nga wala kay bayran, tawagi ang numero nga anaa sa imong kard sa ID.
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguâhi ni dibâtde para hågu, ågang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Cherokee	ԳԵՆՈՐ ԽՈՒԹԻՆՈՐ ՏՕՆԹԼԵՐՈՂ Է ԱՐԿՈՐ ՀՅԵՎՈՎՈՂ ՆԵՐ, ՇԻԹԵՎՈՒՅ ԹԸՆՍ ՀԿՈՐ ԻՒՏԱՋՐ ՕՊԹ ԻԴ ԻՒԽՈՐ ԾՎՐ.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Choctaw	Anumpa tosholi i toksvli ya peh pilla ho ish i payahinla kvt chi holocco kallo iskitini holtena takanli ma i payah
Chuukese	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamé), kopwe kééri ewe nampa mei mak won noum ena katen ID
Cushitic-Oromo	Tajaajiiloota afaanii gatii bilisaa ati argaachuuf,lakkoofsa fuula waraaqaa eenyummaa (ID) kee irraa jiruun bilbili.
Dutch	Voor gratis taaldiensten, bel het nummer op uw ziekteverzekeringskaart.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasiyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Greek	Για πρόσβαση στις υπηρεσίες γλώσσας χωρίς χρέωση, καλέστε τον αριθμό στην κάρτα ασφάλισής σας.
Gujarati	તમારે કોઈ પણ જાતના ખર્ચ વિના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા આઇડી કાર્ડ પર રહેલ નંબર પર કોલ કરવો.

Hawaiian	No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'olelo e kahea aku i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Igbo	Inweta enyemaka asusụ na akwughi ụgwọ obụla, kpọọ nombà nọ na kaadi njirimara gi
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လာတ်ကမ္န်ဂျိုင်တ်မေစာအတ်ထံတွေမှတ်ဖို့ လာတ်အိုင်ဒီအဗျာလာနကာဘုရားဟန်အိုးအား, ကိုဘာ့လိုပါနိုင်ရင်းလာအိုင်လာနိုင်ရိုး (ID) အလိုနှုန်းတကူး။
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بۇ دەسپىر اگەيشتن بە خز مەتگۈز ارى زمان بېنى تىچوون بۇ تو، پەيروندى بىكە بە ژمارەسى سەر ئاي دى (ID) كارلى خوت.
Lao	ຕື່ອນເຂົ້າຕົງບໍລິການພາສາທີ່ບໍລະລົມ, ໃຫ້ໃຫຍ່ເປີດບະລຳລົມຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशीवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डावरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Nan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjejōk wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōñba eo ilo kaat in ID eo am.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដែលបានសរុបតម្លៃជាបន្ទាយការណ៍ និងសម្រាប់លោកអ្នក សូមបានក្នុងការបង្កើតនិងបង្កើតផ្សេងៗ
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bááh ílínígóó naaltsoos bee atah nílígígo nanitiniígíí bee néého'dólzinígíí béésh bee hane'i biká'ígíí áají' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Tē kɔɔr yin ran de wëer de thokic ke cìn wëu kɔɔr keek tënɔŋ yin. Ke yin col ran ye kɔɔ kuɔny nɛ namba de abac tɔ nɛ ID kard duɔn de tiit de nyin de panakim köu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.

Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।
Romanian	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați numărul de pe cardul de membru.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Samoan	Mō le mauaina o 'au'aunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le numera i luga o lau pepa ID.
Serbo-Croatian	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite broj naveden na Vašoj identifikacionoj kartici.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Sudanic Fulfulde	Heeba a naasta nder ekkitol jaangirde woldeji walla yobugo, ewnu lamba je don windi ha do derowol maada.
Swahili	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga nambari iliyoko kwenye kadi yako ya kitambulisho.
Syriac-Assyrian	بِلْ مُسَبِّقَةٍ تَكُونُ بَلْ يَلْجَأُ إِلَيْكُوكَ لِيَعْتَدُ بِكَوْنَكَبَلْ، مُزْبَحَةٍ يَحْتَكَ بِكَوْنَكَبَلْ، وَيَجْفَفَ بِكَوْنَكَبَلْ.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Telugu	భాష సేవలను మీకు ఖర్చు లేకుండా అందుకునేదుకు, మీ ఐ కౌర్సుపై ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి.
Thai	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรหมายเลขที่แสดงอยู่บนหน้าบัตรประจำตัวของท่าน
Tongan	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he fika 'oku hā atu 'i ho'o ID kaati.
Turkish	Dil hizmetlerine ücretsiz olarak erişmek için kimlik kartınızdaki numarayı arayın.
Ukrainian	Щоб безкоштовно отримати мовні послуги, задзвоніть за номером, вказаним на вашій ідентифікайній картці.
Urdu	لسانی خدمات تک مُفت رسائی کے لیے، اپنے بیمہ کے ID کارڈ پر درج نمبر پر کال کریں۔
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.
Yiddish	זֶה אַקְוּמָעַן שְׁפָרָאַךְ סֻעָּרוּוִיסָעַס פֿרַי פֿון אַפְּצָאַל, רַופְּטַ דַעַם נָמָעַר אַיִּחָ אַיִּיעַר ID קַאַרְטַל.
Yoruba	Láti ráyésí àwọn isé èdè fún ọ lófèé, pe nómbà tó wà lórí káàdì idánímò re.

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

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.

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. Los beneficios de farmacia se administran a través de un administrador de beneficios de farmacias afiliadas de CVS Caremark. Aetna es parte del grupo de compañías de CVS Health. No se cubren todos los servicios de salud. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Para consultar la información sobre la cobertura y los copagos de un medicamento específico, inicie sesión en el sitio web para miembros. Si tiene preguntas, llame al número gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

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.

La información está sujeta a cambios. En conformidad con la ley estatal, los cambios en la cobertura de medicamentos no entrarán en vigencia para los planes comerciales con cobertura total (incluidos los HMO) en Louisiana, Nueva York, Texas y, en la mayoría de las circunstancias, en Connecticut hasta la fecha de renovación del plan.

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 el proveedor de atención médica tratante autorizado a emitir recetas continúe recetándolos, siempre que los medicamentos sean médicalemente 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 médicalemente apropiado para la persona inscrita, ni ningún contenido de esta sección deberá ser interpretado como prohibición de la sustitución de medicamentos genéricos.

Este documento contiene marcas comerciales o marcas registradas de CVS Pharmacy, Inc. o una de sus filiales; también puede contener referencias a productos que son marcas comerciales o marcas registradas de entidades no afiliadas a CVS Health.

Este material es solo para brindar información. Los beneficios de salud y los planes de seguro de salud tienen exclusiones y limitaciones. 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.

List of Abbreviations

Tier 1: La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo

Tier 2: Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos

Tier 3: Medicamentos de marca no preferidos

Tier 4: Medicamentos especializados

AL: Límite de edad

DCN: Nota sobre la cobertura del medicamento

OAC: Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

PA: Autorización previa

PH: Salud preventiva

QL: Límite de cantidad

QLR: Restricción del límite de cantidad según la edad

ST: Tratamiento escalonado

Below is a list of drug name formatting patterns that may appear in the following pages.

List of Patterns

lowercase bold italics: Generic drugs

UPPERCASE: Brand name drugs

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL CÁNCER		
AGENTES ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	OAC
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG (<i>estramustine phosphate sodium</i>)	Tier 4	OAC
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (<i>lomustine</i>)	Tier 4	OAC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (<i>chlorambucil</i>)	Tier 2	OAC
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (<i>procarbazine hcl</i>)	Tier 4	OAC
<i>melphalan oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	OAC
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	Tier 4	PA; OAC
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	PH; OAC; AL (Min 35 Years)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	OAC
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	Tier 4	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate (4 month)</i>)	Tier 4	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	Tier 4	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	Tier 4	PA
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	PH; OAC; AL (Min 35 Years)
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	Tier 1	OAC
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	OAC

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	Tier 1	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (<i>mitotane</i>)	Tier 2	OAC
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 625 mg/5ml</i>	Tier 1	OAC
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	OAC
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (<i>darolutamide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	OAC; AL (Min 35 Years)
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	OAC
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (120 CAPSULES per 30 DAYS)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (120 tablets per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (<i>enzalutamide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (60 tablets per 30 days)
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	OAC
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (<i>mesna</i>)	Tier 4	OAC
ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
<i>capecitabine oral tablet 500 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (300 TABLETS per 30 DAYS)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	OAC
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	Tier 1	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (<i>thioguanine</i>)	Tier 2	OAC
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE BCL-2		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG (<i>venetoclax</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (<i>venetoclax</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (180 TABLETS per 30 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG (<i>venetoclax</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (1 PACK per 28 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>alectinib hcl</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (240 CAPSULES per 30 DAYS)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (<i>vandetanib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (<i>vandetanib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 5 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (90 TABLETS per 30 DAYS)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (<i>ibrutinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (90 CAPSULES per 30 DAYS)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (<i>ibrutinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (216 ML per 36 DAYS)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG (<i>ibrutinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (<i>axitinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (240 TABLETS per 30 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (<i>axitinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (90 CAPSULES per 30 DAYS)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Tier 4	PA; OAC; 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>)	Tier 4	PA; OAC; QL (90 CAPSULES per 30 DAYS)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Tier 4	PA; OAC; 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>)	Tier 4	PA; OAC; QL (90 CAPSULES per 30 DAYS)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (60 CAPSULES per 30 DAYS)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (<i>lorlatinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (<i>lorlatinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (90 TABLETS per 30 DAYS)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (90 TABLETS per 30 DAYS)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (<i>dasatinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG (<i>dasatinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (90 TABLETS per 30 DAYS)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (<i>regorafenib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (84 TABLETS per 28 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Tier 4	PA; OAC; QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (<i>dabrafenib mesylate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (120 CAPSULES per 30 DAYS)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (<i>osimertinib mesylate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 TABLETS per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (<i>tucatinib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (60 CAPSULES per 30 DAYS)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (180 CAPSULES per 30 DAYS)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>larotrectinib sulfate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (300 ML per 30 DAYS)
INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	OAC
MODIFICADORES DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA		
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (21 CAPSULES per 28 DAYS)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (21 TABLETS per 28 DAYS)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>olaparib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>pomalidomide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (21 CAPSULES per 28 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>lenalidomide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (28 CAPSULES per 28 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (<i>lenalidomide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (21 CAPSULES per 28 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (<i>midostaurin</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (224 CAPSULES per 28 DAYS)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (<i>thalidomide</i>)	Tier 4	PA; QL (28 CAPSULES per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (<i>thalidomide</i>)	Tier 4	PA; QL (56 CAPSULES per 28 days)
VARIOS		
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5000000 UNIT/ML (<i>interferon alfa-n3</i>)	Tier 4	
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Tier 4	PA; OAC
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (<i>hydroxyurea</i>)	Tier 2	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	OAC
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (<i>sonidegib phosphate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>tretinooin oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	OAC
VISTOGARD ORAL PACKET 10 GM (<i>uridine triacetate</i>)	Tier 4	QL (20 PACKETS per 5 DAYs)
AGENTES INMUNOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS (AUTOADMINISTRADOS)		
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML (<i>tocilizumab</i>)	Tier 4	PA; QL (4 SYRINGES per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; ST; QL (3 INJECTIONS per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; ST; QL (2 INJECTIONS per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; ST; QL (6 PENS per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; ST; QL (1 KIT per 28 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; ST; QL (4 PENS per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; ST; QL (1 KIT per 28 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG (<i>upadacitinib</i>)	Tier 4	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (<i>upadacitinib</i>)	Tier 4	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (<i>upadacitinib</i>)	Tier 4	PA; QL (56 TABLETS per 56 days)
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; QL (2 SYRINGES per 84 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; QL (1 SYRINGE per 84 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; QL (1 CARTRIDGE per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; QL (1 SYRINGE per 84 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML (<i>ustekinumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 VIAL per 84 days)
AGENTES BIOLÓGICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; QL (4 CARTRIDGES per 28 DAYS)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; QL (4 VIALS per 28 DAYS)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; QL (4 SYRINGES per 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; QL (4 SYRINGES per 28 DAYS)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 DAYS)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 DAYS)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (<i>ustekinumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 SYRINGE per 84 DAYS)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 SYRINGE per 56 DAYS)
ANGIOEDEMA HEREDITARIO		
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT, 3000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	Tier 4	PA; QL (20 VIALS per 30 days)
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) – MEDICAMENTOS PARA LA ARTRITIS REUMATOIDEA		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	OAC
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (<i>apremilast</i>)	Tier 4	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (<i>apremilast</i>)	Tier 4	PA; QL (55 TABLETS per 28 days)
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>)	Tier 4	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML (<i>interferon gamma-1b</i>)	Tier 4	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG (<i>rilonacept</i>)	Tier 4	PA; QL (8 VIALS per 28 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT (<i>interferon alfa-2b</i>)	Tier 4	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES		
<i>ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)</i>	Tier 3	
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)</i>	Tier 1	
<i>cyclosporine modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/Ml)</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
<i>SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (cyclosporine)</i>	Tier 3	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
ANALGÉSICOS – MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN		
AGONISTAS PARCIALES DE LOS OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	Tier 1	DCN (Must obtain approval after the first 30 day supply); PH; QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	Tier 1	ST; QL (4 PATCHES per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 15 mcg/hr, 20 mcg/hr</i>	Tier 1	ST

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.5ML, 300 MG/1.5ML <i>(buprenorphine)</i>	Tier 4	
AGONISTAS Y ANTAGONISTAS DE LOS OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	Tier 1	QL (2 FILM per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	Tier 1	QL (3 FILM per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Tier 1	PH; QL (3 TABLETS per 1 day)
AINE		
<i>nabumetone oral tablet 750 mg</i>	Tier 1	
AINE – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN		
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>fenoprofen calcium oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (20 TABLETS per 30 days)
<i>meclofenamate sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
<i>acetaminophen-codeine #2 oral tablet 300-15 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (400 TABLETS per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine #4 oral tablet 300-60 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (2700 ML per 30 days)
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (2 BOTTLES per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (42 TABLETS per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	Tier 3	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (42 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg)	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet 2.5-325 Mg, 5-325 Mg)	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet 7.5-325 Mg)	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	Tier 1	PA; QL (120 LOZENGES per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	Tier 1	PA; ST
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr, 25 mcg/hr</i>	Tier 1	ST; QL (10 PATCHES per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	ST; QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 50 mg</i>	Tier 1	PA; ST
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrant 100 mg, 120 mg</i>	Tier 1	ST
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrant 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (2700 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (50 TABLETS per 30 days)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 16 mg, 8 mg</i>	Tier 1	ST; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour 32 mg</i>	Tier 1	PA; ST
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (150 TABLETS per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 2 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 3 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>methadone hcl</i> (Methadone Hcl Intensol Oral Concentrate 10 Mg/Ml)	Tier 1	ST; QL (60 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (30 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	Tier 1	ST; QL (300 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	Tier 1	ST; QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	ST; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	ST; QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet soluble 40 mg</i>	Tier 1	QL (9 TABLETS per 30 days)
<i>methadone hcl</i> (Methadose Oral Tablet Soluble 40 Mg)	Tier 1	QL (9 TABLETS per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (135 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	Tier 1	PA; ST
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST; QL (90 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (900 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (675 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrant 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	ST; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrant 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	PA; ST
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 CAPSULES per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (90 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (900 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (90 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 30 days)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	ST; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	PA; ST
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	Tier 1	ST; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	PA; ST
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (40 TABLETS per 30 days)
COMBINACIONES DE AINE		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GOTA		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Tier 1	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	Tier 1	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	ST
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
INHIBIDORES DE COX-2		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
SALICILATOS		
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay for members at risk for preeclampsia, otherwise not covered); PH; QL (100 TABLETS per 30 days)
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay for members at risk for preeclampsia, otherwise not covered); PH; QL (100 TABLETS per 30 days)
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
AGENTES ANTIRETROVIRALES – MEDICAMENTOS PARA SUPRIMIR LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	QL (900 ML per 30 DAYs)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (tipranavir)</i>	Tier 2	QL (120 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (<i>rilpivirine hcl</i>)	Tier 2	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>emtricitabine</i>)	Tier 2	QL (680 ML per 28 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	Tier 1	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (<i>etravirine</i>)	Tier 2	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Tier 2	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Tier 2	QL (60 PACKETS per 30 DAYs)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Tier 2	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	Tier 2	QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	QL (960 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (<i>fosamprenavir calcium</i>)	Tier 2	QL (1575 ML per 28 DAYs)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	Tier 1	QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (1200 ML per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG (<i>ritonavir</i>)	Tier 2	QL (360 PACKETS per 30 DAYs)
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML (<i>ritonavir</i>)	Tier 2	QL (480 ML per 30 DAYs)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG (<i>doravirine</i>)	Tier 3	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (<i>darunavir</i>)	Tier 2	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (<i>darunavir</i>)	Tier 2	QL (180 TABLETS per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG (<i>darunavir</i>)	Tier 2	QL (60 TABLETS per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir</i>)	Tier 2	QL (300 TABLETS per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG (<i>darunavir</i>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 days)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	Tier 2	QL (180 PACKETS per 30 DAYs)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	QL (360 TABLETS per 30 DAYs)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>maraviroc</i>)	Tier 2	QL (1840 ML per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG (<i>maraviroc</i>)	Tier 2	QL (240 TABLETS per 30 DAYs)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG (<i>maraviroc</i>)	Tier 2	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG (<i>dolutegravir sodium</i>)	Tier 2	QL (240 TABLETS per 30 DAYs)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (<i>dolutegravir sodium</i>)	Tier 2	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG (<i>dolutegravir sodium</i>)	Tier 2	QL (360 TABLETS per 30 DAYs)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (<i>cobicistat</i>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	Tier 2	QL (300 TABLETS per 30 DAYs)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	Tier 2	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	Tier 2	QL (240 GM per 30 DAYs)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	QL (180 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (1920 ML per 30 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
AGENTES ANTITUBERCULOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
PASER ORAL PACKET 4 GM (<i>aminosalicylic acid</i>)	Tier 3	
<i>PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (rifapentine)</i>	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Tier 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (<i>bedaquiline fumarate</i>)	Tier 4	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG (<i>ethionamide</i>)	Tier 2	
ANTIBACTERIANOS – VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	Tier 1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	Tier 4	PA; QL (224 ML per 28 DAYs)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Tier 1	PA; QL (280 ML per 28 DAYs)
ANTIINFECCIOSOS – VARIOS		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	QL (336 TABLETS per 365 DAYs)
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	Tier 3	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG (<i>aztreonam lysine</i>)	Tier 4	PA; QL (84 VIALS per 28 DAYs)
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (<i>mebendazole</i>)	Tier 3	QL (12 TABLETS per 365 DAYs)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Tier 1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	Tier 1	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Tier 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	Tier 1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	QL (24 TABLETS per 365 DAYS)
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	PA
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	Tier 1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Tier 3	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	QL (80 CAPSULES per 10 DAYS)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (<i>rifaximin</i>)	Tier 2	QL (9 TABLETS per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (<i>rifaximin</i>)	Tier 2	PA

ANTIMICÓTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES CAUSADAS POR HONGOS

CRESEMBIA ORAL CAPSULE 186 MG (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	Tier 3	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	PA
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	PA
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML (<i>posaconazole</i>)	Tier 2	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	Tier 1	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	Tier 1	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	PA
ANTIPALÚDICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Tier 1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (artemether-lumefantrine)</i>	Tier 3	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg, 26.3 mg</i>	Tier 1	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Tier 1	
ANTIVIRALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VIRALES		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	Tier 4	
<i>BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (entecavir)</i>	Tier 4	PA; QL (630 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 4	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML (lamivudine)</i>	Tier 2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	QL (40 CAPSULES per 90 DAYS)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QL (20 CAPSULES per 90 DAYS)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	Tier 1	QL (360 ML per 90 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT (<i>zanamivir</i>)	Tier 2	QL (2 INHALERS per 90 Days)
<i>ribavirin inhalation solution reconstituted 6 gm</i>	Tier 1	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	Tier 4	PA; QL (1000 ML per 30 DAYs)
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	Tier 4	PA; QL (120 TABLETS per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (<i>tenofovir alafenamide fumarate</i>)	Tier 3	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
CEFALOSPORINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	Tier 1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Tier 1	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (<i>cefixime</i>)	Tier 2	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG (<i>cefixime</i>)	Tier 2	
COMBINACIÓN DE AGENTES ANTIRRETROVIRALES – MEDICAMENTOS PARA SUPRIMIR LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 days)
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG (<i>bictegravir-emtricitab-tenofovir</i>)	Tier 3	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG (<i>bictegravir-emtricitab-tenofovir</i>)	Tier 3	QL (30 TABLETS per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG (<i>doravirin-lamivudin-tenofovir df</i>)	Tier 3	QL (30 TABLETS per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	Tier 3	QL (30 TABLETS per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	Tier 3	DCN (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>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay for pre-exposure prophylaxis); PH; QL (30 TABLETS per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (<i>atazanavir-cobicistat</i>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (480 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Tier 1	QL (240 TABLETS per 30 DAYs)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Tier 1	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG (<i>darunavir-cobicistat</i>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG (<i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG (<i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i>)	Tier 2	QL (180 TABLETS per 30 days)
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	Tier 1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML (<i>fidaxomicin</i>)	Tier 2	PA
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (<i>fidaxomicin</i>)	Tier 2	PA
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab Oral Tablet Delayed Release 250 Mg, 333 Mg, 500 Mg)	Tier 1	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG (<i>erythromycin stearate</i>)	Tier 1	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	
FLUOROQUINOLONAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (<i>delafloxacin meglumine</i>)	Tier 3	
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%) (<i>ciprofloxacin</i>)	Tier 3	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
HEPATITIS C		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	Tier 4	PA; QL (28 PELLETS per 28 DAYs)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	Tier 2	PA; QL (28 TABLETS per 28 DAYs)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	Tier 2	PA; QL (28 PELLETS per 28 DAYs)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	Tier 2	PA; QL (28 TABLETS per 28 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Tier 4	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Tier 4	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Tier 1	PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	PA
SOVALDI ORAL PACKET 150 MG, 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Tier 4	PA; ST; QL (28 PELLETS per 28 DAYs)
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Tier 4	PA; ST; QL (28 TABLETS per 28 DAYs)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (<i>sofosbuvir-velpatasv-voxilaprev</i>)	Tier 4	PA; QL (28 TABLETS per 28 DAYs)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG (<i>elbasvir-grazoprevir</i>)	Tier 4	PA; ST; QL (28 TABLETS per 28 DAYs)
PENICILINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	Tier 1	
<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>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Tier 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	Tier 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Tier 1	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
TETRACICLINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>avidoxy oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
<i>demeclacycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	QL (120 CAPSULES per 30 days)
VIBRAMYCIN ORAL SYRUP 50 MG/5ML (<i>doxycycline calcium</i>)	Tier 3	
VARIOS		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML (<i>nitazoxanide</i>)	Tier 3	QL (540 ML per 30 days)
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (20 TABLETS per 30 days)
CARDIOVASCULARES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS Y DEL SISTEMA CIRCULATORIO		
ALFA BLOQUEANTES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
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>	Tier 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
ANTIARRÍTMICOS – MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR EL RITMO CARDÍACO		
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	PA
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (<i>dronedarone hcl</i>)	Tier 3	PA
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG (<i>disopyramide phosphate</i>)	Tier 2	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg)	Tier 1	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Tier 1	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>sotalol hcl</i> (Sorine Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg, 240 Mg, 80 Mg)	Tier 1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTILIPÉMICOS, ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<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>	Tier 1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	Tier 1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	Tier 1	DCN (Only indicated as an adjunct to diet to reduce TG levels in adult patients with severe (greater than or equal to 500 mg/dL) hypertriglyceridemia)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	Tier 1	
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg, 150 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	Tier 1	
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ABSORCIÓN DEL COLESTEROL		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	PH; AL (Min 40 Years and Max 75 Years)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PH; AL (Min 40 Years and Max 75 Years)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Tier 1	ST
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>	Tier 1	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE PCSK9		
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML (<i>alirocumab</i>)	Tier 4	PA; QL (2 PENS per 28 DAYs)
ANTILIPÉMICOS, RESINAS DE ÁCIDO BILIAR: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	Tier 1	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gmldose</i>	Tier 1	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	Tier 1	
<i>cholestyramine oral powder 4 gmldose</i>	Tier 1	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	Tier 1	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	Tier 1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	Tier 1	
<i>cholestyramine light</i> (Prevalite Oral Powder 4 Gm/Dose)	Tier 1	
ANTILIPÉMICOS, VARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
BETA BLOQUEANTES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
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>	Tier 1	
<i>CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)</i>	Tier 3	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)	Tier 1	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Tier 1	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Tier 1	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	
<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>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg)	Tier 1	
<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>	Tier 1	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Tier 1	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
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>	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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>	Tier 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Tier 1	
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Tier 1	
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>	Tier 1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Tier 1	
<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>	Tier 1	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Tier 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Tier 1	
<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>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>telmisartan-amldipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Tier 1	
DIURÉTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	Tier 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Tier 1	
<i>ALDACTAZIDE ORAL TABLET 50-50 MG (spironolactone-hctz)</i>	Tier 2	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Tier 1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML (chlorothiazide)</i>	Tier 3	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	Tier 1	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	Tier 1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>digoxin</i> (Digox Oral Tablet 125 Mcg, 250 Mcg)	Tier 1	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg, 62.5 mcg</i>	Tier 1	
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>)	Tier 4	PA; QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 4	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Tier 4	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>treprostинil diolamine</i>)	Tier 4	PA
REMODULIN INJECTION SOLUTION 100 MG/20ML, 20 MG/20ML, 200 MG/20ML, 50 MG/20ML (<i>treprostинil</i>)	Tier 4	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Tier 4	PA; QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	Tier 4	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
TYVASO INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostинil</i>)	Tier 4	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYs)
TYVASO REFILL INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostинil</i>)	Tier 4	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYs)
TYVASO STARTER INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostинil</i>)	Tier 4	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYs)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (<i>iloprost</i>)	Tier 4	PA; QL (270 AMPULES per 30 DAYs)
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>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA/COMBINACIONES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
NITRATOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 % (nitroglycerin)</i>	Tier 3	
<i>NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (nitroglycerin)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Tier 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Tier 1	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	Tier 1	
VARIOS		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Tier 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML (<i>ivabradine hcl</i>)	Tier 2	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (<i>ivabradine hcl</i>)	Tier 2	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (<i>sacubitril-valsartan</i>)	Tier 2	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule 10 mg</i>	Tier 4	PA; QL (360 CAPSULES per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	Tier 1	ST
COMPLEMENTOS NUTRICIONALES – VITAMINAS Y SUPLEMENTOS		
ELECTROLITOS		
<i>potassium bicarbonate</i> (Effer-K Oral Tablet Effervescent 25 Meq)	Tier 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release 10 Meq)	Tier 1	
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M15 Oral Tablet Extended Release 15 Meq)	Tier 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con Oral Tablet Extended Release 8 Meq)	Tier 1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	Tier 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	Tier 1	
VITAMINAS – VITAMINAS Y SUPLEMENTOS		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Tier 1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	Tier 1	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	Tier 1	
<i>ELITE-OB ORAL TABLET 50-1.25 MG (prenatal vit-iron carbonyl-fa)</i>	Tier 1	
<i>fluoritab oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop</i>	Tier 1	PH; AL (Max 5 Years)
<i>folic acid oral capsule 0.8 mg</i>	Tier 1	PH; QL (100 CAPSULES per 30 DAYs); AL (Max 55 Years)
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	Tier 1	PH; 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)	Tier 1	PH; AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride</i> (Nafrinse Oral Tablet Chewable 2.2 (1 F) Mg)	Tier 1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Tier 1	
<i>PRENATABS RX ORAL TABLET 29-1 MG (prenatal vit-iron carbonyl-fa)</i>	Tier 1	
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	Tier 1	PH; AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride oral tablet 1.1 (0.5 f) mg</i>	Tier 1	PH; AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	Tier 1	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 0.55 (0.25 f) mg, 1.1 (0.5 f) mg</i>	Tier 1	PH; AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 2.2 (1 f) mg</i>	Tier 1	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	Tier 1	
<i>westab max oral tablet 2.5-25-2 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DISPOSITIVOS MÉDICOS		
ANTICONCEPTIVOS – PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm arc-spring</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms - female</i>)	Tier 1	PH; QL (12 CONDOMS per 30 days)
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (<i>cervical caps</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DEVICE per 300 DAYs)
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
SUMINISTROS PARA LA DIABETES		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	QL (204 STRIPS per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	QL (204 STRIPS per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL IN VITRO LIQUID (<i>blood glucose calibration</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	QL (204 STRIPS per 30 days)
<i>alcohol prep pad</i>	Tier 2	
AUTOLET PLATFORMS (<i>lancets misc.</i>)	Tier 2	
<i>autopen device</i>	Tier 2	
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Tier 2	
CHEMSTRIP 9 IN VITRO STRIP (<i>multiple urine tests</i>)	Tier 2	
DIASTIX IN VITRO STRIP (<i>glucose urine test-glucose ox</i>)	Tier 2	
KETOSTIX IN VITRO STRIP (<i>acetone (urine) test</i>)	Tier 2	
<i>lancing device</i>	Tier 2	
NORDIPEN 5 INJECTION DEVICE (<i>injection device</i>)	Tier 2	
NORDIPEN DELIVERY SYSTEM (<i>injection device</i>)	Tier 2	
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 2	
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
PTS PANELS KETONE TEST IN VITRO STRIP (<i>ketone blood test</i>)	Tier 2	
V-GO 20 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
V-GO 30 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
V-GO 40 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
VARIOS		
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Tier 2	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Tier 2	
FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL (<i>spacer/aero-hold chamber mask</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PEDIATRIC PANDA MASK (<i>spacer/aero-hold chamber mask</i>)	Tier 2	
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS		
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>dapagliflozin propanediol</i>)	Tier 2	ST
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (<i>empagliflozin-linagliptin</i>)	Tier 3	ST
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (<i>empagliflozin</i>)	Tier 3	ST
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 4	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG (<i>nitisinone</i>)	Tier 4	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (<i>nitisinone</i>)	Tier 4	PA
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>)	Tier 2	ST
ACROMEGALIA: MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES QUE CAUSAN CRECIMIENTO EXCESIVO		
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML (<i>lanreotide acetate</i>)	Tier 4	PA; QL (1 INJECTION per 28 days)
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LOS NIVELES DE CALCIO Y FÓSFORO		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	Tier 1	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	Tier 1	
FOSRENOL ORAL PACKET 1000 MG, 750 MG (<i>lanthanum carbonate</i>)	Tier 3	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG/5ML (<i>calcium acetate (phos binder)</i>)	Tier 2	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	Tier 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG <i>(sucroferric oxyhydroxide)</i>	Tier 3	
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL BAJO NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG (<i>glucagon hcl (rdna)</i>)	Tier 2	
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	Tier 1	
AGENTES QUELANTES		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (<i>succimer</i>)	Tier 3	
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	Tier 4	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>deferiprone</i>)	Tier 4	PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET 1000 MG (<i>deferiprone</i>)	Tier 4	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Tier 4	PA
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML (<i>sodium polystyrene sulfonate</i>)	Tier 1	
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>	Tier 1	
<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)	Tier 1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Tier 1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
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>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)	Tier 1	
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE CALCIO – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Tier 4	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Tier 4	PA; QL (120 TABLETS per 30 days)
ANDRÓGENOS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS MASCULINAS		
<i>INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG (prasterone)</i>	Tier 3	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/lact (2%), 25 mg/2.5gm (1%)</i>	Tier 1	PA
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR MINERALOCORTICOIDE: MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ASOCIADA CON LA DIABETES TIPO 2		
<i>KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (finerenone)</i>	Tier 3	PA
ANTICONCEPTIVOS – PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Altavera Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>alyacen 1135 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>alyacen 71717 oral tablet 0.510.7511-35 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Amethia Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Amethyst Oral Tablet 90-20 Mcg)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANNOVERA VAGINAL RING 0.013-0.15 MG/24HR <i>(segesterone-ethinyl estradiol)</i>	Tier 1	PH; QL (1 RING per 300 DAYS)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Apri Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Aranelle Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Ashlyna Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Azurette Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	Tier 1	PH
BALCOLTRA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG(21) <i>(levonorgest-eth estrad-fe bisg)</i>	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Caziant Oral Tablet 0.1/0.125/0.15 -0.025 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Chateal Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>condoms</i>	Tier 1	PH; QL (12 CONDOMS per 25 days)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Cryselle-28 Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Cyclafem 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Cyclafem 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Dasetta 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Dasetta 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Delyla Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	Tier 1	PH; QL (4 INJECTIONS per 300 DAYs)
<i>drospirenen-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	Tier 1	PH
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	Tier 1	PH
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
ELLA ORAL TABLET 30 MG (<i>ulipristal acetate</i>)	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Emoquette Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Enpresse-28 Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 Mcg)	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enskyce Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	Tier 1	PH; QL (13 RING per 300 DAYs)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Falmina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Fayosim Oral Tablet 42-21-21-7 Days)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Gemmily Oral Capsule 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Introvale Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jolessa Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 24 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kariva Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	Tier 1	PH
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Kurvelo Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1	PH; QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYS)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Leena Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Levonest Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Levora 0.15/30 (28) Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1	PH; QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 Days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG / 10 MCG (<i>norethin-eth estrad-fe biphas</i>)	Tier 1	PH
<i>drosipренone-ethинyl estradiol</i> (Loryna Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 1	PH
<i>norgestrel-ethинyl estradiol</i> (Low-Ogestrel Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethинyl estrad</i> (Lutera Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Tier 1	PH; QL (4 INJECTIONS per 300 DAYs)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	Tier 1	PH; QL (4 INJECTIONS per 300 DAYs)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethинyl est</i> (Microgestin 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1	PH; QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 Days)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
NATAZIA ORAL TABLET 3/2-2/2-3/1 MG (<i>estradiol valerate-dienogest</i>)	Tier 1	PH
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG (<i>etonogestrel</i>)	Tier 1	PH; QL (1 IMPLANT per 300 days)
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3-14.2 MG (<i>drosipренone-estетрол</i>)	Tier 1	PH
<i>drosipренone-ethинyl estradiol</i> (Nikki Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Nora-Be Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule 1-20 mg-mcg(24)</i>	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	Tier 1	PH
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<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>	Tier 1	PH
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nortrel 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>drosipренone-ethinyl estradiol</i> (Ocella Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Orsythia Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>copper</i>)	Tier 1	PH; QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYS)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Pirmella 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Pirmella 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Portia-28 Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Previfem Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Reclipsen Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Rivelsa Oral Tablet 42-21-21-7 Days)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1	PH; QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYs)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (<i>drospirenone</i>)	Tier 1	PH
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Sprintec 28 Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Tier 1	PH
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1	PH
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tilia Fe Oral Tablet 1-20/1-30/1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Trivora (28) Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 Mcg)	Tier 1	PH
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24HR (<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i>)	Tier 1	PH
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE 0.1-20 MG-MCG (<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>)	Tier 1	PH
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG (<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>)	Tier 1	PH
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	Tier 1	PH
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Vyfemla Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Wera Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24Hr)	Tier 1	PH
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Zarah Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Tier 1	PH
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Zovia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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>)	Tier 2	ST; QL (4 PENS per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 18 MG/3ML (<i>liraglutide</i>)	Tier 3	ST; QL (3 PENS per 30 days)
ANTIDIABÉTICOS, ANÁLOGOS DE LA AMILINA		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 2700 MCG/2.7ML (<i>pramlintide acetate</i>)	Tier 3	ST
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 1500 MCG/1.5ML (<i>pramlintide acetate</i>)	Tier 3	ST
ANTIDIABÉTICOS, BIGUANIDA		
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	Tier 1	PH; AL (Min 35 Years and Max 70 Years)
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIÓN DE AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA		
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML (<i>insulin degludec-liraglutide</i>)	Tier 3	ST
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIÓN DE SENSIBILIZADOR A LA INSULINA/BIGUANIDA		
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Tier 1	
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIÓN DE SENSIBILIZADOR A LA INSULINA/SULFONILUREA		
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	Tier 1	
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIONES DE BIGUANIDA/SULFONILUREA		
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA DPP-4		
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet 12.5-1000 mg, 12.5-500 mg</i>	Tier 1	ST
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG <i>(sitagliptin-metformin hcl)</i>	Tier 2	ST
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG <i>(sitagliptin-metformin hcl)</i>	Tier 2	ST
ANTIDIABÉTICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA GLUCOSIDASA		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
ANTIDIABÉTICOS, INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA 4		
<i>alogliptin benzoate oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	ST
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG <i>(sitagliptin phosphate)</i>	Tier 2	ST
ANTIDIABÉTICOS, INSULINA		
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin glargine</i>)	Tier 2	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (wIniacinamide)</i>)	Tier 2	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (wIniacinamide)</i>)	Tier 2	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (wIniacinamide)</i>)	Tier 2	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (wIniacinamide)</i>)	Tier 2	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML <i>(insulin nph isophane & regular)</i>	Tier 3	
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML <i>(insulin nph isophane & regular)</i>	Tier 3	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Tier 3	
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Tier 3	
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	Tier 2	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	Tier 2	
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin detemir</i>)	Tier 2	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin detemir</i>)	Tier 2	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Tier 2	DCN (RELION not covered)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Tier 2	DCN (RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Tier 2	DCN (RELION not covered)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Tier 2	DCN (RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	Tier 2	DCN (RELION not covered)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	Tier 2	DCN (RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart</i>)	Tier 2	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	Tier 2	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	Tier 2	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart</i>)	Tier 2	
ANTIDIABÉTICOS, MEGLITINIDA		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
ANTIDIABÉTICOS, SENSIBILIZADOR A LA INSULINA		
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
ANTIDIABÉTICOS, SULFONILUREA		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
BIFOSFONATOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PÉRDIDA ÓSEA		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	Tier 1	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	Tier 1	
<i>FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)</i>	Tier 3	ST
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 30 mg, 35 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	Tier 1	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)</i>	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTRÓGENOS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS FEMENINAS		
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/DAY (<i>estradiol-levonorgestrel</i>)	Tier 2	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (<i>estradiol cypionate</i>)	Tier 3	
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>)	Tier 3	PA; AL (Min 70 Years)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (<i>conj estrogens-bazedoxifene</i>)	Tier 2	
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL 0.52 MG/0.87 GM (0.06%) (<i>estradiol</i>)	Tier 3	PA; AL (Min 70 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	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>	Tier 1	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>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	Tier 1	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Tier 1	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL 0.75 MG/1.25 GM (0.06%) (<i>estradiol</i>)	Tier 3	PA; AL (Min 70 Years)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION 1.53 MG/SPRAY (<i>estradiol</i>)	Tier 3	PA; AL (Min 70 Years)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)	Tier 1	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG (<i>esterified estrogens</i>)	Tier 3	PA; AL (Min 70 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)	Tier 1	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg</i>	Tier 1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (<i>estrogens conjugated</i>)	Tier 3	PA; AL (Min 70 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM (<i>estrogens, conjugated</i>)	Tier 3	
<i>estradiol</i> (YuvaFem Vaginal Tablet 10 Mcg)	Tier 1	
GLUCOCORTICOIDES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA RESPUESTA INFLAMATORIA		
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	Tier 1	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (<i>dexamethasone</i>)	Tier 2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Tier 1	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML (<i>deflazacort</i>)	Tier 4	PA; QL (52 ML per 30 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG, 30 MG, 36 MG (<i>deflazacort</i>)	Tier 4	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 6 MG (<i>deflazacort</i>)	Tier 4	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>fudrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (<i>methylprednisolone</i>)	Tier 2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	Tier 1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (<i>prednisone</i>)	Tier 2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	Tier 1	
HORMONAS DE CRECIMIENTO HUMANO – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS DE LA HIPÓFISIS		
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML (<i>somatropin</i>)	Tier 4	PA
PROGESTINAS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS FEMENINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
REEMPLAZOS DE ENZIMAS: MEDICAMENTOS PARA REEMPLAZAR, MODIFICAR O TRATAR		
<i>betaine oral powder</i>	Tier 4	PA
<i>carglumic acid oral tablet 200 mg</i>	Tier 4	PA
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	Tier 4	PA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (<i>eliglustat tartrate</i>)	Tier 4	PA; QL (56 CAPSULES per 28 days)
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 11.3 MG (<i>metreleptin</i>)	Tier 4	PA; QL (30 VIALS per 30 DAYs)
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	Tier 4	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	Tier 4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gmltsp</i>	Tier 4	PA; QL (750 GM per 30 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Tier 4	PA; QL (1200 TABLETS per 30 DAYs)
REGULADORES DE LA FERTILIDAD		
<i>chorionic gonadotropin intramuscular solution reconstituted 10000 unit</i>	Tier 4	PA
SUMINISTROS PARA LA DIABETES		
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>lancets</i>	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5) (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
VARIOS		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/lact</i>	Tier 1	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (<i>cysteamine bitartrate</i>)	Tier 4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Tier 4	PA; QL (90 ML per 30 days)
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>	Tier 4	PA; QL (45 ML per 30 days)
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>	Tier 4	PA; QL (225 ML per 30 days)
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Tier 4	PA; QL (90 ML per 30 days)
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG (<i>ospemifene</i>)	Tier 3	PA
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	AL (Min 35 Years)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML (<i>pasireotide diaspartate</i>)	Tier 4	PA; QL (60 AMPULES per 30 DAYs)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (<i>pegvisomant</i>)	Tier 4	PA; QL (30 VIALS per 30 DAYs)
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML (<i>nafarelin acetate</i>)	Tier 4	PA
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Tier 4	PA
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML (<i>abaloparatide</i>)	Tier 4	PA; QL (1 PEN per 30 DAYs)
VASOPRESINAS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS DE LA HIPÓFISIS		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Tier 1	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	Tier 1	
GASTROINTESTINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y EL ESTÓMAGO		
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Pak External Cream 1 %)	Tier 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc External Cream 2.5 %)	Tier 1	
<i>RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (nitroglycerin)</i>	Tier 3	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2 – MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y LA ACIDEZ ESTOMACAL		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>methscopolamine bromide oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
ANTIEMÉTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS		
<i>AKYNZEO ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (netupitant-palonosetron)</i>	Tier 3	QL (2 CAPSULES per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Tier 1	QL (2 CAPSULES per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Tier 1	QL (3 CAPSULES per 180 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	Tier 1	QL (2 PACKS per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Tier 1	QL (4 CAPSULES per 28 days)
<i>prochlorperazine</i> (Compro Rectal Suppository 25 Mg)	Tier 1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	QL (12 TABLETS per 28 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 10 mg/10ml</i>	Tier 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	Tier 1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (200 ML per 28 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	Tier 1	QL (2 TABLETS per 28 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (18 TABLETS per 28 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	QL (18 TABLETS per 28 days)
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg)	Tier 1	
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 50 MG <i>(promethazine hcl)</i>	Tier 1	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH 3.1 MG/24HR <i>(granisetron)</i>	Tier 2	QL (2 PATCHES per 28 days)
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	Tier 1	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 90 MG (<i>rolapitant hcl</i>)	Tier 2	
COMBINACIONES DE TRATAMIENTO PARA ÚLCERAS		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral</i>	Tier 1	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL – MEDICAMENTOS PARA LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO, EL COLON Y LOS INTESTINOS		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	Tier 1	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	Tier 1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (<i>olsalazine sodium</i>)	Tier 3	PA
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	Tier 1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm, 800 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	Tier 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	Tier 1	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	Tier 1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	Tier 1	
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>)	Tier 2	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML (<i>sacrosidase</i>)	Tier 3	PA; QL (354 ML per 30 days)
VIOKACE ORAL TABLET 10440-39150 UNIT, 20880-78300 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	Tier 2	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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>)	Tier 2	PA
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES – MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y LA ACIDEZ ESTOMACAL		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	QL (90 CAPSULES per 365 DAYs)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg</i>	Tier 1	QL (90 PACKETS per 365 days); AL (Max 1 Years)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (90 CAPSULES per 365 DAYs)
NEXIUM ORAL PACKET 2.5 MG, 5 MG (<i>esomeprazole magnesium</i>)	Tier 3	QL (90 PACKETS per 365 days); AL (Max 1 Years)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	QL (90 CAPSULES per 365 DAYs)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet 20-1680 mg, 40-1680 mg</i>	Tier 1	QL (90 PACKETS per 365 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	QL (90 TABLETS per 365 DAYs)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	Tier 1	QL (90 TABLETS per 365 DAYs)
LAXANTES – MEDICAMENTOS PARA EL ESTREÑIMIENTO		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM - GM/160ML (<i>sod picosulfate-mag ox-cit acd</i>)	Tier 2	DCN (\$0 copay for members age 45 through 75, Preferred Brand tier for all others); PH; AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
<i>enulose oral solution 10 gml/15ml</i>	Tier 1	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> (Gavilyte-G Oral Solution Reconstituted 236 Gm)	Tier 1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted 420 Gm)	Tier 1	
<i>generlac oral solution 10 gml/15ml</i>	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 10 gml/15ml</i>	Tier 1	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gml/177ml</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise preferred generic); PH; AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
<i>OSMOPREP ORAL TABLET 1.102-0.398 GM (sod phos mono-sod phos dibasic)</i>	Tier 3	DCN (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); PH; AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	Tier 1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	Tier 1	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted 100 gm</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); PH; AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
<i>PEG-PREP ORAL KIT 5-210 MG-GM (bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl)</i>	Tier 3	DCN (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); PH; AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
<i>PLENNU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM (peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c)</i>	Tier 3	DCN (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); PH; AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gmlscoop</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG (<i>sodium sulfate-mag sulfate-kcl</i>)	Tier 3	DCN (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); PH; AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON DIARREA		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	PA
SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON ESTREÑIMIENTO		
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Tier 1	PA
VARIOS		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Tier 1	
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	Tier 1	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Tier 1	
MOTOFEN ORAL TABLET 1-0.025 MG (<i>difenoxin-atropine</i>)	Tier 3	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>naloxegol oxalate</i>)	Tier 2	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	Tier 1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
GENITOURINARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES GENITALES Y DEL TRACTO URINARIO		
ANTICONCEPTIVOS – PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITOR Y 100 MG (<i>nonoxynol-9</i>)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 3 % (<i>nonoxynol-9</i>)	Tier 1	PH
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (<i>lactic ac-citric ac-pot bitart</i>)	Tier 1	PH
SHUR-SEAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 2 % (<i>nonoxynol-9</i>)	Tier 1	PH
TODAY SPONGE VAGINAL 1000 MG (<i>nonoxynol-9</i>)	Tier 1	PH
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM 28 % (<i>nonoxynol-9</i>)	Tier 1	PH
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FOAM 12.5 % (<i>nonoxynol-9</i>)	Tier 1	PH
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 4 % (<i>nonoxynol-9</i>)	Tier 1	PH
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA INCONTINENCIA URINARIA		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML (<i>mirabegron</i>)	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	Tier 1	
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VAGINALES		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (<i>clindamycin phosphate</i>)	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Tier 1	
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (<i>butoconazole nitrate (1 dose)</i>)	Tier 3	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	Tier 1	
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	Tier 1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Tier 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Tier 1	
DISFUNCIÓN ERÉCTIL		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRÓSTATA AGRANDADA		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Tier 1	
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	Tier 3	ST
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 1	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	Tier 1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	Tier 1	
PROGESTINAS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS FEMENINAS		
CRINONE VAGINAL GEL 4 %, 8 % (<i>progesterone</i>)	Tier 2	
VARIOS		
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	Tier 3	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	Tier 1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Tier 1	
<i>urinary pain relief oral tablet 95 mg</i>	Tier 1	
HEMATOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE		
ANTICOAGULANTES – DILUYENTES DE LA SANGRE		
<i>ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG (apixaban)</i>	Tier 2	
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (apixaban)</i>	Tier 2	
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	Tier 1	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 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>	Tier 1	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	Tier 1	
<i>FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML (dalteparin sodium)</i>	Tier 3	
<i>FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNT/0.72ML, 2500 UNIT/0.2ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML (dalteparin sodium)</i>	Tier 3	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/0.5ml</i>	Tier 1	
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	Tier 1	
<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>	Tier 1	
<i>XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML (rivaroxaban)</i>	Tier 2	
<i>XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG (rivaroxaban)</i>	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	Tier 2	
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>)	Tier 4	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>)	Tier 4	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>)	Tier 4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML (<i>filgrastim-aafi</i>)	Tier 4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML (<i>filgrastim-</i> <i>aafi</i>)	Tier 4	PA
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	Tier 4	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG (<i>eltrombopag</i> <i>olamine</i>)	Tier 4	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>)	Tier 4	PA
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML (<i>pegfilgrastim-bmez</i>)	Tier 4	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYS)
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA – DILUYENTES DE LA SANGRE		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i> 25-200 mg	Tier 1	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 300 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325-40 MG, 81-40 MG (<i>aspirin-omeprazole</i>)	Tier 3	
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (<i>vorapaxar sulfate</i>)	Tier 3	
VARIOS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	Tier 4	PA; QL (45 SYRINGES per 90 DAYS)
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	Tier 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Tier 1	
OFTÁLMICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OJOS		
ANTIALÉRGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
ALOCRIL OPHTHALMIC SOLUTION 2 % (<i>nedocromil sodium</i>)	Tier 3	
ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 % (<i>lodoxamide tromethamine</i>)	Tier 3	
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	Tier 1	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	Tier 1	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	Tier 1	
ZERVIATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 % (<i>cetirizine hcl</i>)	Tier 3	
ANTIGLAUCOMA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 % (<i>brimonidine tartrate</i>)	Tier 3	
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %, 0.5 % <i>(timolol hemihydrate)</i>	Tier 3	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 % <i>(betaxolol hcl)</i>	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	Tier 1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	Tier 1	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 1	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	Tier 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	Tier 1	
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>apraclonidine hcl</i>)	Tier 3	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	Tier 1	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 % <i>(bimatoprost)</i>	Tier 2	ST
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 1	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 % <i>(brinzolamide-brimonidine)</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	Tier 1	
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.0015 % <i>(tafluprost)</i>	Tier 3	ST
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>azithromycin</i>)	Tier 2	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	Tier 1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	Tier 1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 % (<i>gentamicin sulfate</i>)	Tier 1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	Tier 1	QL (20 ML per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 % (<i>natamycin</i>)	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>bacitracin-polymyxin b</i> (Polycin Ophthalmic Ointment 500-10000 Unit/Gm)	Tier 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	Tier 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	Tier 1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	Tier 1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 1	
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES E INFLAMACIÓN		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	Tier 1	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 % (<i>sulfacetamide-prednisolone</i>)	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	Tier 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 % <i>(tobramycin-dexamethasone)</i>	Tier 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 % <i>(tobramycin-dexamethasone)</i>	Tier 2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	Tier 1	
ANTIINFLAMATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA INFLAMACIÓN		
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION 0.45 % (<i>ketorolac tromethamine</i>)	Tier 2	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	Tier 1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	Tier 1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	Tier 1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	Tier 1	
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 % (<i>fluorometholone</i>)	Tier 2	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 % (<i>nepafenac</i>)	Tier 2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	Tier 1	
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (<i>nepafenac</i>)	Tier 2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	Tier 1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 2	
ENFERMEDAD DE OJOS SECOS		
<i>cyclosporine emulsion 0.05 % ophthalmic 0.05 %</i>	Tier 1	PA; QL (1 MULTI-USE VIAL per 28 Days)
<i>cyclosporine emulsion 0.05 % ophthalmic 0.05 %</i>	Tier 1	PA; QL (60 SINGLE USE VIALS per 30 Days)
LACRISERT OPHTHALMIC INSERT 5 MG (<i>artificial tear insert</i>)	Tier 3	
VARIOS		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 % (<i>cysteamine hcl</i>)	Tier 4	PA; QL (4 BOTTLES per 28 days)
<i>phenylephrine hcl ophthalmic solution 10 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>tropicamide ophthalmic solution 0.5 %, 1 %</i>	Tier 1	
OTROS		
SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN		
<i>irrigation solns physiological</i> (Physiolyte Irrigation Solution)	Tier 1	
<i>irrigation solns physiological</i> (Physiosol Irrigation Irrigation Solution)	Tier 1	
<i>ringers irrigation</i> (Tis-U-Sol Irrigation Solution)	Tier 1	
RESPIRATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS		
AGENTES PARA EL ASMA GRAVE		
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	Tier 4	PA; QL (3 SYRINGES per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (<i>mepolizumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 SYRINGE per 28 days)
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>	Tier 1	QL (4 AUTO-INJECTORS per 30 days)
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR		
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG (<i>pirfenidone</i>)	Tier 4	PA; QL (270 CAPSULES per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (<i>nintedanib esylate</i>)	Tier 4	PA; QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	Tier 4	PA; QL (270 TABLETS per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	Tier 4	PA; QL (90 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA Y LAS ALERGIAS		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	Tier 1	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Tier 1	QL (5 BOXES per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	Tier 1	
<i>SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG (tiotropium bromide monohydrate)</i>	Tier 2	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT (tiotropium bromide monohydrate)</i>	Tier 2	QL (1 PACKAGE per 30 days)
ANTIHISTAMÍNICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	Tier 1	QL (2 BOTTLES per 30 days)
<i>carbinoxamine maleate oral solution 4 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	
<i>clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	Tier 1	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>desloratadine oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5ml</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	Tier 1	QL (1 CONTAINER per 30 days)
RYCLORA ORAL SOLUTION 2 MG/5ML (dexchlorpheniramine maleate)	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
BETA AGONISTAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA Y LA EPOC		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcglact</i>	Tier 1	QL (2 INHALERS per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	Tier 1	QL (5 BOXES per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (5 mg/ml) 0.5%</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution 15 mcgl2ml</i>	Tier 1	QL (60 VIALS per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcgl2ml</i>	Tier 1	QL (60 VIALS per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	Tier 1	QL (300 ML per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	Tier 1	QL (45 ML per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 meglact</i>	Tier 1	QL (2 INHALERS per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT (salmeterol xinafoate)	Tier 3	QL (1 PACKAGE per 30 Days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT (olodaterol hcl)	Tier 2	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
COMBINACIONES DE ANTOCOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA EPOC		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT (umeclidinium-vilanterol)	Tier 3	QL (1 PACKAGE per 30 Days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT (<i>glycopyrrolate-formoterol</i>)	Tier 3	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	Tier 1	QL (6 BOXES per 30 days)
COMBINACIONES DE ANTOCOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS/ESTEROIDES: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA Y LA EPOC		
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT (<i>fluticasone-umeclidin-vilant</i>)	Tier 3	QL (1 PACKAGE per 30 Days)
COMBINACIONES DE ANTIHISTAMÍNICOS		
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcglact</i>	Tier 1	QL (1 PACKAGE per 30 days)
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA Y LA EPOC		
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT (<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>)	Tier 3	DCN (Listing does not include certain NDCs); QL (1 PACKAGE per 30 Days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcglact, 80-4.5 mcglact</i>	Tier 1	QL (3 PACKAGES per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcglact, 250-50 mcglact, 500-50 mcglact</i>	Tier 1	QL (1 PACKAGE per 30 Days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Tier 1	QL (1 PACKAGE per 30 days)
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	Tier 1	QL (2 BOXES per 30 days)
ESTEROIDES NASALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcglact (0.025%)</i>	Tier 1	QL (3 CONTAINERS per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcglact</i>	Tier 1	QL (1 CONTAINER per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/lact</i>	Tier 1	QL (2 PACKAGES per 30 days)
OMNARIS NASAL SUSPENSION 50 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	Tier 3	ST; QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol 55 mcg/lact</i>	Tier 1	QL (1 PACKAGE per 30 days)
INHALANTES ESTEROIDEOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT (<i>fluticasone furoate</i>)	Tier 3	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml</i>	Tier 1	QL (3 BOXES per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.5 mg/2ml</i>	Tier 1	QL (2 BOXES per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	Tier 1	QL (1 BOX per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT, 80 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	Tier 2	QL (2 PACKAGES per 30 days)
MODIFICADORES DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA		
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	Tier 4	PA; QL (3 INJECTIONS per 28 DAYs)
MODIFICADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	Tier 1	PA
RESFRÍO/TOS		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml</i>	Tier 1	DCN (Limited to 7 day supply per month); 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>	Tier 1	DCN (Limited to 7 day supply per month); QL (10 ML per 1 day)
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	Tier 1	DCN (Limited to 7 day supply per month); QL (30 ML per 1 day)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	Tier 1	DCN (Limited to 7 day supply per month); QL (6 TABLETS per 1 day)
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	Tier 1	DCN (Limited to 7 day supply per month); QL (30 ML per 1 day)
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	Tier 1	DCN (Limited to 7 day supply per month); QL (30 ML per 1 day)
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	Tier 1	DCN (Limited to 7 day supply per month); QL (30 ML per 1 day)
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup 6.25-5 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	Tier 1	
TUZISTRA XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 14.7-2.8 MG/5ML (<i>codeine polst-chlorphen polst</i>)	Tier 3	DCN (Limited to 7 day supply per month); QL (20 ML per 1 day)
VARIOS		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	Tier 1	
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG (<i>roflumilast</i>)	Tier 3	PA
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	Tier 1	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	Tier 4	PA; QL (84 TABLETS per 28 DAYs)
XANTINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA EPOC		
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	Tier 1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO		
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	Tier 1	
<i>CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG (<i>methsuximide</i>)</i>	Tier 3	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>diazepam</i> (Diazepam Intensol Oral Concentrate 5 Mg/Ml)	Tier 1	QL (240 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (1200 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)</i>	Tier 3	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	Tier 1	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cannabidiol</i>)</i>	Tier 4	PA; QL (800 ML per 30 DAYs)
<i>carbamazepine</i> (Epitol Oral Tablet 200 Mg)	Tier 1	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	Tier 1	QL (6 CAPSULES per 1 day)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (72 ML per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	QL (6 TABLETS per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	QL (4 TABLETS per 1 day)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	Tier 1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	
<i>NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML (midazolam (anticonvulsant))</i>	Tier 3	PA; QL (10 NASAL SPRAY UNITS per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	Tier 1	
<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>	Tier 1	
<i>phenytoin</i> (Phenytoin Infatabs Oral Tablet Chewable 50 Mg)	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	ST
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Tier 1	ST
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	Tier 4	PA; QL (180 PACKETS per 30 DAYs)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Tier 4	PA; QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG (<i>cenobamate</i>)	Tier 2	
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG (<i>cenobamate</i>)	Tier 2	
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (<i>cenobamate</i>)	Tier 2	
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG (<i>cenobamate</i>)	Tier 2	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD DE PARKINSON		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML (<i>apomorphine hcl</i>)	Tier 4	PA; QL (20 CARTRIDGES per 30 days)
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Tier 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Tier 1	
<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>	Tier 1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
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>)	Tier 2	
<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>	Tier 1	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Tier 1	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Tier 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet 200-325-16 mg</i>	Tier 1	PA; QL (168 TABLETS per 30 days); AL (Min 70 Years)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 70 Years)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
<i>BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (interferon beta-1b)</i>	Tier 2	PA; QL (14 INJECTIONS per 28 DAYs)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	Tier 4	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	Tier 1	PA; QL (14 CAPSULES per 28 DAYs)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	Tier 1	PA; QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral 120 & 240 mg</i>	Tier 1	PA; QL (1 KIT per 30 DAYs)
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Tier 1	PA; QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG (fingolimod hcl)</i>	Tier 2	PA; QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	Tier 1	PA; QL (12 SYRINGES per 28 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>glatiramer acetate</i> (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 20 Mg/Ml)	Tier 1	PA; QL (30 INJECTIONS per 30 DAYS)
ANSIOLÍTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ANSIEDAD		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (<i>alprazolam</i>)	Tier 2	QL (300 ML per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	QL (150 TABLETS per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	QL (150 TABLETS per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (360 CAPSULES per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	QL (150 TABLETS per 30 days)
<i>neprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Tier 1	
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (120 CAPSULES per 30 days)
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	Tier 1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	Tier 1	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	Tier 1	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	PH
ANTIDEMENCIA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DEMENCIA Y LA PÉRDIDA DE MEMORIA		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 29 Years)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	Tier 1	PA; AL (Max 29 Years)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 29 Years)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Tier 1	PA
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	Tier 1	PA
ANTIDEPRESIVOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DEPRESIÓN		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (150 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	AL (Min 65 Years)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (90 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>amoxapine oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Tier 1	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (150 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (90 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (90 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	ST; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (90 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>doxepin hcl oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>doxepin hcl oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (450 ML per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (<i>levomilnacipran hcl</i>)	Tier 3	ST; QL (30 CAPSULES per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG (<i>levomilnacipran hcl</i>)	Tier 3	ST; QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	Tier 1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (120 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>imipramine hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg</i>	Tier 1	AL (Min 65 Years)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (<i>isocarboxazid</i>)	Tier 3	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Tier 1	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (150 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 25 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	AL (Min 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (750 ML per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	Tier 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Tier 1	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (90 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 CAPSULES per 30 days); AL (Min 65 Years)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (vortioxetine hbr)	Tier 3	ST
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Tier 1	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	
ANTIPSICÓTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PSICOSIS		
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	Tier 1	
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (<i>lurasidone hcl</i>)	Tier 3	
<i>loxpiprazole oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	Tier 1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>brexpiprazole</i>)	Tier 3	
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
DISUASIVOS DEL ALCOHOL		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	Tier 1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
DISUASIVOS DEL TABACO		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG (<i>varenicline tartrate</i>)	Tier 3	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (<i>varenicline tartrate</i>)	Tier 3	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET THERAPY PACK 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42 (<i>varenicline tartrate</i>)	Tier 3	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 4 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG (<i>nicotine</i>)	Tier 3	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH; QL (168 DAYS OF TREATMENT per 365 DAYS)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>nicotine</i>)	Tier 3	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH; QL (168 DAYS OF TREATMENT per 365 DAYS)
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>varenicline tartrate oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL INSOMNIO		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (<i>suvorexant</i>)	Tier 3	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>lemborexant</i>)	Tier 3	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	QL (15 TABLETS per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Tier 1	QL (15 TABLETS per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG (<i>tasimelteon</i>)	Tier 4	PA; QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Tier 1	QL (15 TABLETS per 30 days)
<i>sleep-aid oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (15 CAPSULES per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	Tier 1	QL (10 TABLETS per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (15 CAPSULES per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	QL (15 TABLETS per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (15 TABLETS per 30 days)
MIGRAÑA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR FUERTES DOLORES DE CABEZA		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML (<i>erenumab-aooe</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	QL (12 TABLETS per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	Tier 1	
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Tier 1	QL (12 TABLETS per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Tier 1	
<i>frovatriptan succinate oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (18 TABLETS per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (12 TABLETS per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (18 TABLETS per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (18 TABLETS per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	Tier 1	QL (12 SPRAYS per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	Tier 1	QL (24 SPRAYS per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	QL (12 TABLETS per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	Tier 1	QL (18 SYRINGES per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	Tier 1	QL (12 SOLUTION CARTRIDGE per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	Tier 1	QL (12 VIALS per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	Tier 1	QL (18 SYRINGES per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	Tier 1	QL (12 SOLUTION AUTO-INJECTOR per 30 days)
<i>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet 85-500 mg</i>	Tier 1	ST; QL (9 TABLETS per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>ubrogepant</i>)	Tier 3	ST; QL (16 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>zolmitriptan nasal solution 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (12 SPRAYS per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (12 TABLETS per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (12 TABLETS per 30 days)
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA – MEDICAMENTOS PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Tier 1	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	Tier 3	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
PSICOTERAPÉUTICOS, VARIOS		
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 5-12.5 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (120 TABLETS per 30 days); AL (Min 65 Years)
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG (<i>lofexidine hcl</i>)	Tier 3	QL (16 TABLETS per 1 day)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (150 TABLET per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-25 mg, 4-25 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLET per 30 days); AL (Min 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 4-10 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (120 TABLET per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 4-50 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLET per 30 days); AL (Min 65 Years)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Tier 1	
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL TDAH		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (90 CAPSULES per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	Tier 1	QL (120 CAPSULES per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Tier 1	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	Tier 1	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	Tier 1	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>dexamphetamine hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (120 CAPSULES per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 15 mg</i>	Tier 1	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (1200 ML per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>methamphetamine hcl oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	QL (150 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 30 mg</i>	Tier 1	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg</i>	Tier 1	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg, 36 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	Tier 1	QL (1800 ML per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	Tier 1	QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg</i>	Tier 1	QL (180 CHEW TABS per 30 days)
ZENZEDI ORAL TABLET 2.5 MG, 7.5 MG (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	Tier 1	QL (120 TABLETS per 30 days)
VARIOS		
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML (<i>risdiplam</i>)	Tier 4	PA; QL (2 BOTTLES per 24 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Tier 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Tier 1	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	Tier 3	ST
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	Tier 3	ST
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Tier 4	PA; QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Tier 4	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
TÓPICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS		
CROTAN EXTERNAL LOTION 10 % (<i>crotamiton</i>)	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>ivermectin external lotion 0.5 %</i>	Tier 1	ST
<i>lice treatment external lotion 1 %</i>	Tier 1	
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	Tier 1	ST
<i>permethrin external cream 5 %</i>	Tier 1	
<i>sb lice treatment external liquid 1 %</i>	Tier 1	
<i>spinosad external suspension 0.9 %</i>	Tier 1	ST
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	Tier 1	
<i>chlorhexidine gluconate mouthlthroat solution 0.12 %</i>	Tier 1	
<i>clotrimazole mouthlthroat troche 10 mg</i>	Tier 1	QL (90 LOZENGES per 30 days)
<i>lidocaine hcl mouthlthroat solution 4 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine viscous hcl mouthlthroat solution 2 %</i>	Tier 1	
<i>nystatin mouthlthroat suspension 100000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Oralone Mouth/Throat Paste 0.1 %)	Tier 1	
ORAVIG BUCCAL TABLET 50 MG (<i>miconazole</i>)	Tier 3	QL (14 TABLETS per 30 days)
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Periogard Mouth/Throat Solution 0.12 %)	Tier 1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide mouthlthroat paste 0.1 %</i>	Tier 1	
ANTIVIRALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VIRALES		
DENAVIR EXTERNAL CREAM 1 % (<i>penciclovir</i>)	Tier 3	
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	Tier 1	PA; QL (45 GM per 28 days); AL (Min 35 Years)
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	Tier 1	PA; QL (45 GM per 28 days); AL (Min 35 Years)
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %, 0.3-2.5 %</i>	Tier 1	
<i>tretinooin</i> (Avita External Cream 0.025 %)	Tier 1	PA; AL (Min 35 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>tretinooin</i> (Avita External Gel 0.025 %)	Tier 1	PA; AL (Min 35 Years)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	Tier 1	QL (47 GM per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl peroxy external gel 1.2-5 %</i>	Tier 1	QL (45 GM per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl peroxy external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %</i>	Tier 1	QL (50 GM per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external foam 1 %</i>	Tier 1	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	Tier 1	QL (75 GM per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	Tier 1	
<i>ery external pad 2 %</i>	Tier 1	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Tier 1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	Tier 1	
<i>tretinooin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	PA; AL (Min 35 Years)
<i>tretinooin external gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Tier 1	PA; AL (Min 35 Years)
<i>tretinooin microsphere external gel 0.1 %</i>	Tier 1	PA; AL (Min 35 Years)
<i>tretinooin microsphere pump external gel 0.04 %</i>	Tier 1	PA; AL (Min 35 Years)

DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS

REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 % (<i>bevacizumab</i>)	Tier 3	PA; QL (30 GM per 30 days)
---	--------	----------------------------

DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES

<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	Tier 1	QL (50 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	Tier 1	PA; QL (90 PATCHES per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	Tier 1	QL (50 ML per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	Tier 1	QL (30 GM per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SYNERA EXTERNAL PATCH 70-70 MG (<i>lidocaine-tetracaine</i>)	Tier 3	QL (2 PATCHES per 30 days)
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	Tier 1	QL (30 GM per 30 days)
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	Tier 1	
<i>silver sulfadiazine</i> (Ssd External Cream 1 %)	Tier 1	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM (<i>mafenide acetate</i>)	Tier 3	
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>luliconazole external cream 1 %</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
MENTAX EXTERNAL CREAM 1 % (<i>butenafine hcl</i>)	Tier 3	QL (60 GM per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 1 %, 2 %</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin</i> (Nyamyc External Powder 100000 Unit/Gm)	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>nystatin</i> (Nystop External Powder 100000 Unit/Gm)	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>oxiconazole nitrate external cream 1 %</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external cream 1 %</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external solution 1 %</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
DERMATOLOGÍA, ANTIPIRURIGINOSOS		
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	Tier 1	ST; QL (45 GM per 30 days)
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	Tier 1	ST; QL (60 ML per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcglm</i>	Tier 1	ST; QL (100 GM per 30 days)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	Tier 4	PA; QL (300 MG per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	Tier 4	PA; QL (300 MG per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 PEN per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 SYRINGE per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML (<i>secukinumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 SYRINGE per 28 DAYs)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	Tier 1	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	Tier 1	PA
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 % (<i>tazarotene</i>)	Tier 2	PA
TAZORAC EXTERNAL GEL 0.05 %, 0.1 % (<i>tazarotene</i>)	Tier 2	PA
DERMATOLOGÍA, ANTISEBORREICOS		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	Tier 1	
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>amcinonide external cream 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>amcinonide external lotion 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	Tier 2	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone valerate external foam 0.12 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment 0.005-0.064 %</i>	Tier 1	ST; QL (60 GM per 30 days)
<i>clobetasol prop emollient base external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external foam 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external liquid 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>clocortolone pivalate external cream 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>desoximetasone external ointment 0.25 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external ointment 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>prednicarbate external ointment 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier

2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide</i> (Triderm External Cream 0.1 %)	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
DERMATOLOGÍA, QUERATOSIS ACTÍNICA		
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	Tier 1	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	Tier 1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	Tier 1	
DERMATOLOGÍA, ROSÁcea		
<i>azelaic acid external gel 15 %</i>	Tier 1	
FINACEA EXTERNAL FOAM 15 % (<i>azelaic acid</i>)	Tier 2	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	Tier 1	QL (60 ML per 30 days)
MIRVASO EXTERNAL GEL 0.33 % (<i>brimonidine tartrate</i>)	Tier 3	PA
<i>metronidazole</i> (Rosadan External Cream 0.75 %)	Tier 1	QL (60 GM per 30 days)
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>acyclovir external cream 5 %</i>	Tier 1	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	Tier 1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	Tier 1	
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	Tier 4	PA
CONDYLOX EXTERNAL GEL 0.5 % (<i>podofilox</i>)	Tier 3	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	Tier 1	QL (300 GM per 30 days)
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 % (<i>crisaborole</i>)	Tier 3	ST; QL (60 GM per 30 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
VOLTAREN EXTERNAL GEL 1 % (<i>diclofenac sodium</i>)	Tier 1	QL (300 GM per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ÓTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OÍDOS		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	Tier 1	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	Tier 1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	Tier 1	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution 0.3-0.025 %</i>	Tier 1	
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (<i>neomycin-colist-hc-thonzonium</i>)	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	Tier 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	Tier 1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2023 - Plan Aetna Health Exchange - California
 El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

Tier 1=La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo | Tier 2=Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos | Tier 3=Medicamentos de marca no preferidos | Tier 4=Medicamentos especializados | PA=Autorización previa | ST=Tratamiento escalonado | QL=Límite de cantidad | AL=Límite de edad | PH=Salud preventiva | OAC=Medicamentos orales para el tratamiento del cáncer

Index

<i>abacavir sulfate</i>	33	<i>almotriptan malate</i>	110	ARANESP (ALBUMIN FREE)	85
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	41	ALOCRIL	86	ARCALYST	25
<i>abiraterone acetate</i>	18	<i>alogliptin benzoate</i>	69	<i>arformoterol tartrate</i>	92
<i>acamprosate calcium</i>	107	<i>alogliptin-metformin hcl</i>	69	<i>aripiprazole</i>	106
<i>acarbose</i>	69	ALOMIDE	86	<i>armodafinil</i>	111
ACCU-CHEK AVIVA PLUS	57	<i>alosetron hcl</i>	81	ARNUITY ELLIPTA	94
ACCU-CHEK GUIDE	57	ALPHAGAN P	86	<i>asenapine maleate</i>	106
ACCU-CHEK SMARTVIEW	58	<i>alprazolam</i>	101	Ashlyna	62
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL	57	ALPRAZOLAM INTENSOL	101	<i>aspirin adult low strength</i>	33
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	74	Altavera	61	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	85
<i>acebutolol hcl</i>	48	<i>alyacen 1135</i>	61	ASTAGRAF XL	26
<i>acetaminophen-codeine</i>	28	<i>alyacen 71717</i>	61	<i>atazanavir sulfate</i>	33
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	28	<i>amantadine hcl</i>	98, 99	<i>atenolol</i>	48
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	28	<i>ambrisentan</i>	53	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	50
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	28	<i>amcinonide</i>	119	<i>atomoxetine hcl</i>	112
<i>acetazolamide</i>	52	Amethia	61	<i>atorvastatin calcium</i>	47
<i>acetazolamide er</i>	52	Amethyst	61	<i>atovaquone</i>	37
<i>acetic acid</i>	122	<i>amiloride hcl</i>	52	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	39
<i>acetylcysteine</i>	95	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	52	<i>atropine sulfate</i>	89
<i>acitretin</i>	118	<i>amiodarone hcl</i>	46	AUTOLET PLATFORMS	58
ACTEMRA	23	<i>amitriptyline hcl</i>	102	<i>autopen</i>	58
ACTIMMUNE	25	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	51	Aviane	62
ACUVAIL	89	<i>amlodipine besylate</i>	49	<i>avidoxy</i>	45
<i>acyclovir</i>	39, 121	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	51	Avita	115, 116
<i>adapalene</i>	115	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	47	AZASITE	87
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	115	<i>amlodipine-olmesartan</i>	51	<i>azathioprine</i>	26
<i>adefovir dipivoxil</i>	39	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	51	<i>azelaic acid</i>	121
ADEMPAS	53	<i>ammonium lactate</i>	121	<i>azelastine hcl</i>	86, 91
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	58	<i>amoxapine</i>	102	<i>azelastine-fluticasone</i>	93
AIMOVIG	109	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	78	<i>azithromycin</i>	42
AKYNZEO	76	<i>amoxicillin</i>	44	Azurette	62
<i>ala-cort</i>	118	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	44	<i>bacitracin</i>	87
<i>albendazole</i>	37	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	44	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	87
<i>albuterol sulfate</i>	92	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	112	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	88
<i>albuterol sulfate hfa</i>	92	<i>ampicillin</i>	44	<i>baclofen</i>	100
<i>alclometasone dipropionate</i>	119	<i>anagrelide hcl</i>	86	BALCOLTRA	62
<i>alcohol prep</i>	58	<i>anastrozole</i>	18	<i>balsalazide disodium</i>	78
ALDACTAZIDE	52	ANNOVERA	62	BARACLUDE	39
ALECENSA	20	ANORO ELLIPTA	92	BASAGLAR KWIKPEN	69
<i>alendronate sodium</i>	71	APOKYN	99	BAXDELA	43
ALFERON N	23	<i>apraclonidine hcl</i>	86	BD VEO INSULIN SYRINGE U/F	58
<i>alfuzosin hcl er</i>	83	<i>aprepitant</i>	76, 77	BELSOMRA	109
ALINIA	45	Apri	62	<i>benazepril hcl</i>	53
<i>aliskiren fumarate</i>	54	APTIVUS	33	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	51
<i>allopurinol</i>	33	Aranelle	62	<i>benznidazole</i>	37
				<i>benzonatate</i>	94

<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	116	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	59	<i>chlorpromazine hcl</i>	106
<i>benztropine mesylate</i>	99	Camila	62	<i>chlorthalidone</i>	52
<i>bepotastine besilate</i>	86	<i>candesartan cilexetil</i>	46	<i>chlorzoxazone</i>	100
<i>betaine</i>	74	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	51	<i>cholestyramine</i>	48
<i>betamethasone dipropionate</i>	119	<i>capecitabine</i>	19	<i>cholestyramine light</i>	48
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	119	CAPRELSA	20	<i>chorionic gonadotropin</i>	74
<i>betamethasone valerate</i>	119	<i>captopril</i>	54	<i>ciclopirox</i>	117
BETASERON	100	<i>carbamazepine</i>	96	<i>ciclopirox olamine</i>	117
<i>betaxolol hcl</i>	48, 86	<i>carbamazepine er</i>	96	<i>cilstazol</i>	86
<i>bethanechol chloride</i>	81	<i>carbidopa</i>	99	CIMDUO	41
BETIMOL	87	<i>carbidopa-levodopa</i>	99	<i>cimetidine</i>	76
BETOPTIC-S	87	<i>carbidopa-levodopa er</i>	99	<i>cimetidine hcl</i>	76
BEVESPI AEROSPHERE	93	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	99	<i>cinacalcet hcl</i>	61
<i>bexarotene</i>	23, 121	<i>carbinoxamine maleate</i>	91	CIPRO	43
<i>bicalutamide</i>	18	CARDIZEM LA	49	<i>ciprofloxacin hcl</i>	43, 87, 122
BIKTARVY	41	CARDURA XL	83	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	122
<i>bisoprolol fumarate</i>	49	<i>carglumic acid</i>	74	<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i>	122
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	50	<i>carisoprodol</i>	100	<i>citalopram hydrobromide</i>	103
BLEPHAMIDE S.O.P.	88	<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	100	<i>clarithromycin</i>	42
<i>bosentan</i>	53	<i>carteolol hcl</i>	87	<i>clarithromycin er</i>	42
BREO ELLIPTA	93	Cartia Xt	49	<i>clemastine fumarate</i>	91
<i>brimonidine tartrate</i>	87	<i>carvedilol</i>	49	CLENPIQ	79
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	87	<i>carvedilol phosphate er</i>	49	CLEOCIN	83
<i>brinzolamide</i>	87	CAYA	57	CLEVER CHOICE	
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	89	CAYSTON	37	HOLDING CHAMBER	58
<i>bromocriptine mesylate</i>	99	Caziant	62	CLIMARA PRO	72
<i>budesonide</i>	78, 94	<i>cefaclor</i>	40	<i>clindamycin hcl</i>	37
<i>budesonide er</i>	73	<i>cefadroxil</i>	40	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	37
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	93	<i>cefdinir</i>	40	<i>clindamycin phos-benzoyl peroxy</i>	116
<i>bumetanide</i>	52	<i>cefixime</i>	40	<i>clindamycin phosphate</i>	83, 116
<i>buprenorphine</i>	26	<i>cefpodoxime proxetil</i>	40	<i>clobazam</i>	96
<i>buprenorphine hcl</i>	26	<i>cefprozil</i>	40	<i>clobetasol prop emollient base</i>	119
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	27	<i>cefuroxime axetil</i>	40	<i>clobetasol propionate</i>	119
<i>bupropion hcl</i>	102	<i>celecoxib</i>	33	<i>clocoartolone pivalate</i>	119
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	107	CELONTIN	96	<i>clomipramine hcl</i>	103
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	102	<i>cephalexin</i>	40, 41	<i>clonazepam</i>	96
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	102	CERDELGA	74	<i>clonidine</i>	54
<i>buspirone hcl</i>	114	<i>cevimeline hcl</i>	115	<i>clonidine hcl</i>	54
<i>butorphanol tartrate</i>	28	CHANTIX	108	<i>clopidogrel bisulfate</i>	85
<i>cabergoline</i>	75	CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	108	<i>clorazepate dipotassium</i>	96
CABOMETYX	20	CHANTIX STARTING MONTH PAK	108	<i>clotrimazole</i>	115, 117
<i>calcipotriene</i>	118	Chateal	62	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	117
<i>calcipotriene-betameth diprop.</i>	119	CHEMET	60	<i>clozapine</i>	106
<i>calcitonin (salmon)</i>	75	CHEMSTRIP 9	58	COARTEM	39
<i>calcitriol</i>	56, 118	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	101	<i>codeine sulfate</i>	28
<i>calcium acetate</i>	59	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	111	<i>colchicine</i>	33
		<i>chlorhexidine gluconate</i>	115	<i>colchicine-probenecid</i>	33
		<i>chloroquine phosphate</i>	39	<i>colestipol hcl</i>	48
				Compro	77

<i>condoms</i>	62	<i>desmopressin acetate spray</i>	76	<i>dorzolamide hcl</i>	87
CONDYLOX	121	<i>desonide</i>	119	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	87
CORLANOR	55	<i>desoximetasone</i>	119, 120	DOVATO	41
CORTISPORIN-TC	122	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	103	<i>doxazosin mesylate</i>	45
COSENTYX	118	<i>dexamethasone</i>	73	<i>doxepin hcl</i>	103, 104, 109, 118
COSENTYX (300 MG DOSE)	118	DEXAMETHASONE		<i>doxercalciferol</i>	56
COSENTYX		INTENSOL	73	<i>doxycycline hydclate</i>	45
SENSOREADY (300 MG)	118	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	89	<i>doxycycline monohydrate</i>	45
COSENTYX		<i>dexamethylphenidate hcl</i>	112, 113	<i>dronabinol</i>	77
SENSOREADY PEN	118	<i>dexamethylphenidate hcl er</i>	112	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	63
CREON	78	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	113	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	63
CRESEMBA	38	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	113	DROXIA	23
CRINONE	83	DASTIX	58	DUAVEE	72
<i>cromolyn sodium</i>	81, 86, 93	<i>diazepam</i>	96	<i>duloxetine hcl</i>	104
CROTAN	114	Diazepam Intensol	96	<i>dutasteride</i>	83
Cryselle-28	62	<i>diclofenac potassium</i>	27	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	83
<i>cyanocobalamin</i>	56	<i>diclofenac sodium</i>	27, 89, 121	<i>econazole nitrate</i>	117
Cyclafem 1/35	62	<i>diclofenac sodium er</i>	27	EDURANT	34
Cyclafem 7/7/7	62	<i>diclofenac-misoprostol</i>	32	<i>efavirenz</i>	34
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	100	<i>dicloxacillin sodium</i>	44	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	41
<i>cyclophosphamide</i>	18	<i>dicyclomine hcl</i>	76	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	41
<i>cycloserine</i>	36	DIFICID	43	Effer-K	55
<i>cyclosporine</i>	26, 89	<i>diflorasone diacetate</i>	120	ELESTRIN	72
<i>cyclosporine modified</i>	26	<i>diflunisal</i>	33	<i>eletriptan hydrobromide</i>	110
<i>cyproheptadine hcl</i>	91	<i>disfluprednate</i>	89	ELIGARD	18
CYSTAGON	75	Digox	53	Elinest	63
CYSTARAN	90	<i>digoxin</i>	53	ELIQUIS	84
<i>dalfampridine er</i>	100	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	110	ELIQUIS DVT/PE	
DALIRESP	95	DILANTIN	96	STARTER PACK	84
<i>danazol</i>	71	<i>diltiazem hcl</i>	49	ELITE-OB	56
<i>dantrolene sodium</i>	100	<i>diltiazem hcl er</i>	49	ELLA	63
<i>dapsone</i>	37	<i>diltiazem hcl er beads</i>	49	ELMIRON	83
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	82	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	49	EMCYT	18
Dasetta 1/35	62	<i>dilt-xr</i>	50	EMFLAZA	73
Dasetta 7/7/7	62	<i>dimethyl fumarate</i>	100	Emoquette	63
DAYVIGO	109	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>		<i>emtricitabine</i>	34
<i>deferiprone</i>	60		100	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	42
DELSTRIGO	41	DIPENTUM	78	EMTRIVA	34
Delyla	62	<i>diphenhydramine hcl</i>	91	EMVERM	37
<i>demeclocycline hcl</i>	45	<i>diphenoxylate-atropine</i>	81	<i>enalapril maleate</i>	54
DENAVIR	115	<i>dipyridamole</i>	85	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	51
DEPO-ESTRADIOL	72	<i>disopyramide phosphate</i>	46	ENBREL	24
DEPO-SUBQ PROVERA 104	63	<i>disulfiram</i>	107	ENBREL MINI	24
DESCOZY	41	DIURIL	52	ENBREL SURECLICK	24
<i>desipramine hcl</i>	103	<i>divalproex sodium</i>	96	ENCARE	81
<i>desloratadine</i>	91	<i>divalproex sodium er</i>	96	Endocet	28
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	75	DIVIGEL	72	<i>enoxaparin sodium</i>	84
<i>desmopressin acetate</i>	76	<i>dofetilide</i>	46	Enpresse-28	63
		<i>donepezil hcl</i>	101	Enskyce	63
				<i>entacapone</i>	99

<i>entecavir</i>	39	FC2 FEMALE CONDOM	57	FOSAMAX PLUS D	71
ENTRESTO	55	<i>febuxostat</i>	33	<i>fosamprenavir calcium</i>	34
<i>enulose</i>	79	<i>felbamate</i>	97	<i>fosfomycin tromethamine</i>	37
EPCLUSA	43	<i>felodipine er</i>	50	<i>fosinopril sodium</i>	54
EPIDIOLEX	96	FEMCAP	57	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	51
<i>epinastine hcl</i>	86	<i>fenofibrate</i>	47	FOSRENOL	59
<i>epinephrine</i>	90	<i>fenofibrate micronized</i>	47	FRAGMIN	84
Epitol	96	<i>fenofibric acid</i>	47	<i>frovatriptan succinate</i>	110
EPIVIR HBV	39	<i>fenoprofen calcium</i>	27	<i>furosemide</i>	52
<i>erplerenone</i>	46	<i>fentanyl</i>	29	<i> gabapentin</i>	97
<i>ergotamine-caffeine</i>	110	<i>fentanyl citrate</i>	29	<i>galantamine hydrobromide</i>	101
<i>erlotinib hcl</i>	20	FERRIPROX	60	<i>galantamine hydrobromide er</i>	101
Errin	63	FERRIPROX TWICE-A-DAY	60	<i>gatifloxacin</i>	88
<i>ery</i>	116	<i>fesoterodine fumarate er</i>	82	GAVILYTE-C	79
Ery-Tab	43	FETZIMA	104	Gavilyte-G	80
ERYTHROCIN STEARATE	43	FETZIMA TITRATION	104	Gavilyte-N With Flavor Pack	80
<i>erythromycin</i>	87, 116	FIASP	69	<i>gemfibrozil</i>	47
<i>erythromycin base</i>	43	FIASP FLEXTOUCH	69	Gemmily	63
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	43	FIASP PENFILL	69	<i>generlac</i>	80
ESBRIET	90	FINACEA	121	Gengraf	26
<i>escitalopram oxalate</i>	104	<i>finasteride</i>	83	GENTAK	88
<i>esomeprazole magnesium</i>	79	<i>fingolimod hcl</i>	100	<i>gentamicin sulfate</i>	88, 117
<i>estazolam</i>	109	<i>flecainide acetate</i>	46	GENVOYA	42
<i>estradiol</i>	72	FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL	58	GILENYA	100
<i>estradiol valerate</i>	72	<i>fluconazole</i>	38	<i>glatiramer acetate</i>	100
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	72	<i>fludrocortisone acetate</i>	73	Glatopa	101
ESTROGEL	72	<i>flunisolide</i>	93	GLEOSTINE	18
<i>eszopiclone</i>	109	<i>fluocinolone acetonide</i>	120, 122	<i>glimepiride</i>	71
<i>ethacrylic acid</i>	52	<i>fluocinolone acetonide body</i>	120	<i>glipizide</i>	71
<i>ethambutol hcl</i>	36	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	120	<i>glipizide er</i>	71
<i>ethosuximide</i>	96, 97	<i>fluocinonide</i>	120	<i>glipizide-metformin hcl</i>	68
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	63	<i>fluoritab</i>	56	GLUCAGEN HYPOKIT	60
<i>etodolac</i>	27	<i>fluorouracil</i>	121	<i>glucagon emergency</i>	60
<i>etodolac er</i>	27	<i>fluoxetine hcl</i>	104	<i>glycopyrrolate</i>	76
<i>etonogestrel-ethynodiol estradiol</i>	63	<i>fluphenazine hcl</i>	106, 107	GLYXAMBI	59
<i>etoposide</i>	22	<i>flurbiprofen</i>	27	<i>goodsense aspirin</i>	33
<i>etravirine</i>	34	<i>flurbiprofen sodium</i>	89	<i>goodsense nicotine</i>	108
EUCRISA	121	<i>flutamide</i>	18	<i>gransetron hcl</i>	77
EVAMIST	72	<i>fluticasone propionate</i>	93, 120	<i>griseofulvin microsize</i>	38
<i>everolimus</i>	20, 26	<i>fluticasone-salmeterol</i>	93	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	38
EVOTAZ	42	<i>fluvastatin sodium</i>	47	<i>guaifenesin-codeine</i>	94
EVRYSDI	114	<i>fluvastatin sodium er</i>	47	<i>guanfacine hcl</i>	55
<i>exemestane</i>	18	<i>fluvoxamine maleate</i>	104	<i>guanfacine hcl er</i>	113
<i>ezetimibe</i>	47	<i>fluvoxamine maleate er</i>	104	GYNIAZOLE-1	83
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	48	FML	89	HAEGARDA	25
Falmina	63	<i>folic acid</i>	56	<i>halobetasol propionate</i>	120
<i>famciclovir</i>	39	<i>fondaparinux sodium</i>	84	<i>haloperidol</i>	107
<i>famotidine</i>	76	<i>formoterol fumarate</i>	92	<i>haloperidol lactate</i>	107
FARXIGA	59			HARVONI	43
Fayosim	63			Heather	63

<i>heparin sodium (porcine)</i>	84	<i>imatinib mesylate</i>	20	<i>labetalol hcl</i>	49
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	84	IMBRUVICA	20	<i>lacosamide</i>	97
HETLIOZ	109	<i>imipramine hcl</i>	104	LACRISERT	89
HUMIRA	24, 25	<i>imipramine pamoate</i>	104	<i>lactulose</i>	80
HUMIRA PEDIATRIC		<i>imiquimod</i>	121	<i>lamivudine</i>	34, 39
CROHNS START	23	<i>indapamide</i>	52	<i>lamivudine-zidovudine</i>	42
HUMIRA PEN	24	INLYTA	20, 21	<i>lamotrigine</i>	97
HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INTELENCE	34	<i>lamotrigine er</i>	97
STARTER	23	INTRAROSA	61	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	97
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START	23	INTRON A	25	<i>lamotrigine starter kit-green</i>	97
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER	24	Introvale	63	<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	97
HUMULIN 70/30	69	IOPIDINE	87	<i>lancets</i>	75
HUMULIN 70/30		<i>ipratropium bromide</i>	91	<i>lancing device</i>	58
KWIKPEN	69	<i>ipratropium-albuterol</i>	93	<i>lansoprazole</i>	79
HUMULIN N	70	<i>irbesartan</i>	46	Larin 1.5/30	64
HUMULIN N KWIKPEN	70	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	51	<i>latanoprost</i>	87
HUMULIN R	70	ISENTRESS	34	LATUDA	107
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	70	ISENTRESS HD	34	Leena	64
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	70	<i>isoniazid</i>	36	<i>leflunomide</i>	25
<i>hydralazine hcl</i>	55	<i>isosorbide dinitrate</i>	54	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	21
<i>hydrochlorothiazide</i>	52	<i>isosorbide mononitrate</i>	54	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	21
<i>hydrocod polst-cpm polst er</i>	94	<i>isosorbide mononitrate er</i>	54	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	21
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	29	<i>isotretinoin</i>	116	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	21
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	94, 95	<i>isradipine</i>	50	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	21
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	29	<i>itraconazole</i>	38	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	21
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	29	<i>ivermectin</i>	37, 115	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	21
<i>hydrocortisone</i>	73, 78, 120	JAKAFI	21	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	21
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	76	Jantoven	84	Junel 1.5/30	63
<i>hydrocortisone butyrate</i>	120	JANUMET	69	Junel 1/20	64
<i>hydrocortisone valerate</i>	120	JANUMET XR	69	Junel Fe 1.5/30	64
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	122	JANUVIA	69	Junel Fe 1/20	64
<i>hydromet</i>	95	JARDIANC	59	Junel Fe 24	64
<i>hydromorphone hcl</i>	29, 30	Jinteli	72	Kariva	64
<i>hydromorphone hcl er</i>	29	Jolessa	63	Kelnor 1/35	64
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	25	Junel 1.5/30	63	KERENDIA	61
<i>hydroxyurea</i>	23	Junel 1/20	64	<i>ketoconazole</i>	117, 118
<i>hydroxyzine hcl</i>	91	Junel Fe 1.5/30	64	<i>ketorolac tromethamine</i>	27, 89
<i>hydroxyzine pamoate</i>	91	Junel Fe 24	64	KETOSTIX	58
HYQVIA	25	Klor-Con	55	Klor-Con 10	55
<i>ibandronate sodium</i>	71	Klor-Con M15	55	Kurvelo	64
IBRANCE	22	Kyleena	64		
<i>ibuprofen</i>	27				
<i>icatibant acetate</i>	86				
<i>icosapent ethyl</i>	47				
ILEVRO	89				

<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	64	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	65, 74	<i>miglitol</i>	69
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	64	<i>mefenamic acid</i>	27	Mimvey	72
Levora 0.15/30 (28)	64	<i>mefloquine hcl</i>	39	<i>minocycline hcl</i>	45
<i>levorphanol tartrate</i>	30	<i>megestrol acetate</i>	19	<i>minoxidil</i>	55
<i>levothyroxine sodium</i>	60	MEKINIST	21	MIRCERA	85
Levoxyl	60	<i>meloxicam</i>	27	MIRENA (52 MG)	65
LEXIVA	34	<i>melphalan</i>	18	<i>mirtazapine</i>	105
<i>lice treatment</i>	115	<i>memantine hcl</i>	102	MIRVASO	121
<i>lidocaine</i>	116	<i>memantine hcl er</i>	102	<i>misoprostol</i>	81
<i>lidocaine hcl</i>	115, 116	MENEST	72	<i>modafinil</i>	111
<i>lidocaine hcl urethrallmucosal</i>	116	MENTAX	117	<i>moexipril hcl</i>	54
<i>lidocaine viscous hcl</i>	115	<i>meprobamate</i>	101	<i>mometasone furoate</i>	94, 120
<i>lidocaine-prilocaine</i>	116	<i>mercaptopurine</i>	19	Mono-Linyah	65
LILETTA (52 MG)	64	<i>mesalamine</i>	78	<i>montelukast sodium</i>	91
<i>linezolid</i>	37	<i>mesalamine er</i>	78	<i>morphine sulfate</i>	31
<i>liothyronine sodium</i>	60	<i>mesalamine-cleanser</i>	78	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	30
<i>lisinopril</i>	54	MESNEX	19	<i>morphine sulfate er</i>	30
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	51	<i>metaxalone</i>	100	MOTOFEN	81
<i>lithium carbonate</i>	114	<i>metformin hcl</i>	68	MOVANTIK	81
<i>lithium carbonate er</i>	114	<i>metformin hcl er</i>	68	<i>moxifloxacin hcl</i>	43, 88
LO LOESTRIN FE	65	<i>methadone hcl</i>	30	<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	88
<i>loperamide hcl</i>	81	Methadone Hcl Intensol	30	MULTAQ	46
<i>lopinavir-ritonavir</i>	42	Methadose	30	<i>mupirocin</i>	117
<i>lorazepam</i>	101	<i>methamphetamine hcl</i>	113	MYALEPT	74
LORBRENA	21	<i>methazolamide</i>	52	<i>mycophenolate mofetil</i>	26
Loryna	65	<i>methenamine hippurate</i>	38	<i>mycophenolate sodium</i>	26
<i>losartan potassium</i>	46	<i>methimazole</i>	60	MYRBETRIQ	82
<i>losartan potassium-hctz</i>	51	<i>methocarbamol</i>	100	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	80
<i>loteprednol etabonate</i>	89	<i>methotrexate</i>	25	<i>nabumetone</i>	27
<i>lovastatin</i>	47	<i>methotrexate sodium</i>	19	<i>nadolol</i>	49
Low-Ogestrel	65	<i>methoxsalen rapid</i>	118	Nafrinse	56
<i>loxapine succinate</i>	107	<i>methscopolamine bromide</i>	76	Nafrinse Drops	56
<i>lubiprostone</i>	81	<i>methyldopa</i>	55	<i>naftifine hcl</i>	117
LUCEMYRA	111	<i>methylphenidate hcl</i>	113, 114	<i>naloxone hcl</i>	101
<i>luliconazole</i>	117	<i>methylphenidate hcl er</i>	113	<i>naltrexone hcl</i>	101
LUMIGAN	87	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	113	<i>naproxen</i>	28
Lutera	65	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	113	<i>naratriptan hcl</i>	110
LYNPARZA	22	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	113	NATACYN	88
LYSODREN	19	<i>methylprednisolone</i>	73	NATAZIA	65
<i>malathion</i>	115	<i>metoclopramide hcl</i>	77	<i>nateglinide</i>	71
<i>maraviroc</i>	34, 35	<i>metolazone</i>	52	NAYZILAM	97
<i>marlissa</i>	65	<i>metoprolol succinate er</i>	49	<i>nebivolol hcl</i>	49
MARPLAN	104	<i>metoprolol tartrate</i>	49	Necon 0.5/35 (28)	65
MATULANE	18	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	50	<i>nefazodone hcl</i>	105
Matzim La	50	<i>metronidazole</i>	38, 83, 121	<i>neomycin sulfate</i>	37
<i>meclizine hcl</i>	77	Mibelas 24 Fe	65	<i>neomycin-bacitracin zn-</i>	
<i>meclofenamate sodium</i>	27	<i>miconazole 3</i>	83	<i>polymyx</i>	88
MEDROL	73	Microgestin 1.5/30	65	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	88
		<i>midodrine hcl</i>	55	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	88

<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	88, 122	NOVOFINE PEN NEEDLE	58	OPTIONS GYNOL II	
NEUPRO	99	NOVOLIN 70/30	70	CONTRACEPTIVE	82
NEVANAC	89	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	70	Oralone	115
<i>nevrapine</i>	35	NOVOLIN N	70	ORAVIG	115
<i>nevrapine er</i>	35	NOVOLIN N FLEXPEN	70	ORENITRAM	53
NEXIUM	79	NOVOLIN R	70	ORFADIN	59
NEXPLANON	65	NOVOLIN R FLEXPEN	70	ORILISSA	71
NEXTSTELLIS	65	NOVOLOG	70	<i>orphenadrine citrate er</i>	100
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	48	NOVOLOG FLEXPEN	70	Orsythia	66
<i>nicardipine hcl</i>	50	NOVOLOG MIX 70/30	71	<i>oseltamivir phosphate</i>	39
<i>nicotine</i>	108	NOVOLOG MIX 70/30		OSMOPREP	80
<i>nicotine polacrilex</i>	108	FLEXPEN	71	OSPHENA	75
<i>nicotine step 3</i>	108	NOVOLOG PENFILL	71	OTEZLA	25
NICOTROL	108	NOXAFL	38	<i>oxandrolone</i>	61
NICOTROL NS	108	NUBEQA	19	<i>oxaprozin</i>	28
<i>nifedipine er</i>	50	NUCALA	90, 94	<i>oxazepam</i>	101
<i>nifedipine er osmotic release</i>	50	Nyamyc	117	<i>oxcarbazepine</i>	97
Nikki	65	<i>nystatin</i>	39, 115, 117	<i>oxiconazole nitrate</i>	118
<i>nimodipine</i>	50	<i>nystatin-triamcinolone</i>	117	<i>oxybutynin chloride</i>	82
<i>nisoldipine er</i>	50	Nystop	118	<i>oxybutynin chloride er</i>	82
<i>nitazoxanide</i>	45	Ocella	66	<i>oxycodone hcl</i>	31, 32
<i>nitisinone</i>	59	<i>octreotide acetate</i>	75	<i>oxycodone hcl er</i>	31
NITRO-BID	54	ODOMZO	23	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	32
NITRO-DUR	54	OFEV	90	<i>oxymorphone hcl</i>	32
<i>nitrofurantoin</i>	38	<i>ofloxacin</i>	43, 88, 122	<i>oxymorphone hcl er</i>	32
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	38	<i>olanzapine</i>	107	Pacerone	46
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	38	<i>olmesartan medoxomil</i>	46	<i>paliperidone er</i>	107
<i>nitroglycerin</i>	54	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	51	<i>pantoprazole sodium</i>	79
NIVESTYM	85	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	51	PARAGARD	
<i>nizatidine</i>	76	<i>olopatadine hcl</i>	86, 92	INTRAUTERINE COPPER	66
Nora-Be	65	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	47	<i>paricalcitol</i>	56
NORDIPEN 5 INJECTION		<i>omeprazole</i>	79	<i>paramomycin sulfate</i>	37
DEVICE	58	<i>omeprazole-sodium</i>		<i>paroxetine hcl</i>	105
NORDIPEN DELIVERY		<i>bicarbonate</i>	79	<i>paroxetine hcl er</i>	105
SYSTEM	58	OMNARIS	94	PASER	36
NORDITROPIN FLEXPRO	74	OMNIFLEX DIAPHRAGM	57	PEDIATRIC PANDA	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	65, 66	OMNIPOD 5 G6 INTRO		MASK	59
<i>norethindrone</i>	66	(GEN 5)	75	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	80
<i>norethindrone acetate</i>	74	OMNIPOD 5 G6 POD (GEN		<i>peg-3350electrolytes</i>	80
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	66	5)	75	PEGASYS	44
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	72	OMNIPOD CLASSIC PDM		<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	80
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	66	(GEN 3)	58	PEG-PREP	80
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	66	OMNIPOD CLASSIC PODS		<i>penicillamine</i>	60
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	66	(GEN 3)	58	<i>penicillin v potassium</i>	45
NORPACE CR	46	OMNIPOD DASH INTRO		<i>pentamidine isethionate</i>	38
Nortrel 0.5/35 (28)	66	(GEN 4)	75	<i>pentoxifylline er</i>	86
Nortrel 1/35 (21)	66	OMNIPOD DASH PODS		<i>perindopril erbumine</i>	54
Nortrel 7/7/7	66	(GEN 4)	58	Periogard	115
<i>nortriptyline hcl</i>	105	<i>ondansetron</i>	77	<i>permethrin</i>	115
NORVIR	35	<i>ondansetron hcl</i>	77	<i>perphenazine</i>	107

<i>perphenazine-amitriptyline</i>	98	<i>rasagiline mesylate</i>	99
.....111, 112		<i>Reclipsen</i>	66
<i>phenelzine sulfate</i>	105	<i>RECTIV</i>	76
<i>phenobarbital</i>	97	<i>REGRANEX</i>	116
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	55	<i>RELENZA DISKHALER</i>	40
<i>phenylephrine hcl</i>	90	<i>REMODULIN</i>	53
<i>phenytoin</i>	98	<i>repaglinide</i>	71
Phenytoin Infatabs	97	<i>RETACRIT</i>	85
<i>phenytoin sodium extended</i>	98	<i>REVLIMID</i>	22
PHEXXI	82	<i>REXULTI</i>	107
PHOSLYRA	59	<i>REYATAZ</i>	35
Physiolyte	90	<i>ribavirin</i>	40, 44
Physiosol Irrigation	90	<i>rifabutin</i>	37
PIFELTRO	35	<i>rifampin</i>	37
<i>pilocarpine hcl</i>	87, 115	<i>riluzole</i>	114
<i>pimozide</i>	112	<i>rimantadine hcl</i>	40
<i>pindolol</i>	49	<i>RINVOQ</i>	24
<i>pioglitazone hcl</i>	71	<i>risedronate sodium</i>	71
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	68	<i>risperidone</i>	107
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	68	<i>ritonavir</i>	35
<i>pirfenidone</i>	90	<i>rivastigmine</i>	102
Pirmella 1/35	66	<i>rivastigmine tartrate</i>	102
Pirmella 7/7/7	66	Rivelsa	66
<i>piroxicam</i>	28	<i>rizatriptan benzoate</i>	110
PLENVU	80	<i>ropinirole hcl</i>	99
<i>podofilox</i>	121	Rosadan	121
Polycin	88	<i>rosuvastatin calcium</i>	48
<i>Polyethylene glycol 3350</i>	80	<i>rufinamide</i>	98
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	88	RYCLORA	92
POMALYST	22	RYDAPT	22
Portia-28	66	SANCUSO	77
<i>posaconazole</i>	39	SANDIMMUNE	26
<i>potassium chloride</i>	56	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	74
<i>potassium chloride crys er</i>	55	SAVELLA	114
<i>potassium chloride er</i>	55	SAVELLA TITRATION	
<i>potassium citrate er</i>	84	PACK	114
PRALUENT	48	<i>sb lice treatment</i>	115
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	99	<i>scopolamine</i>	77
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	99	<i>selegiline hcl</i>	99
<i>prasugrel hcl</i>	86	<i>.selenium sulfide</i>	118
<i>pravastatin sodium</i>	47	SELZENTRY	35
<i>praziquantel</i>	38	SEREVENT DISKUS	92
<i>prazosin hcl</i>	45	<i>sertraline hcl</i>	105
<i>prednicarbate</i>	120	<i>sevelamer carbonate</i>	59
<i>prednisolone</i>	73	SHUR-SEAL	
<i>prednisolone acetate</i>	89	CONTRACEPTIVE	82
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	73, 89	SIGNIFOR	75
PREDNISONE INTENSOL..	73	<i>sildenafil citrate</i>	53
		<i>silodosin</i>	83
		<i>silver sulfadiazine</i>	117

SIMBRINZA	87	<i>sumatriptan-naproxen sodium</i>	110	TIVICAY PD	36
<i>simvastatin</i>	48	<i>sunitinib malate</i>	22	<i>tizanidine hcl</i>	100
<i>sirolimus</i>	26	SUNOSI	111	TOBRADEX	89
SIRTURO	37	SUPRAX	41	TOBRADEX ST	89
SKYLA	67	SUTAB	81	<i>tobramycin</i>	37, 88
SKYRIZI	24	Syeda	67	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	89
SKYRIZI (150 MG DOSE)	24	SYMLINPEN 120	68	TODAY SPONGE	82
SKYRIZI PEN	24	SYMLINPEN 60	68	<i>tolterodine tartrate</i>	82
<i>sleep-aid</i>	109	SYNAREL	75	<i>tolterodine tartrate er</i>	82
SLYND	67	SYNERA	117	<i>tolvaptan</i>	75
<i>sm nicotine</i>	108	SYNTHROID	60	<i>topiramate</i>	98
<i>sodium chloride</i>	84, 95	TABLOID	19	<i>toremifene citrate</i>	19
<i>sodium fluoride</i>	56	<i>tacrolimus</i>	26, 121	<i>torsemide</i>	52
<i>sodium phenylbutyrate</i>	74	<i>tadalafil</i>	83	<i>tramadol hcl</i>	32
<i>solifenacin succinate</i>	82	<i>tadalafil (pah)</i>	53	<i>tramadol hcl er</i>	32
SOMATULINE DEPOT	59	TAFINLAR	22	<i>tramadol-acetaminophen</i>	32
SOMAVERT	75	TAGRISSO	22	<i>trandolapril</i>	54
Sorine	46	TAKE ACTION	67	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	51
<i>sotalol hcl</i>	46	<i>tamoxifen citrate</i>	19	<i>tranexamic acid</i>	86
<i>sotalol hcl (af)</i>	49	<i>tamsulosin hcl</i>	83	<i>tranylcypromine sulfate</i>	106
SOVALDI	44	<i>tazarotene</i>	118	<i>travoprost (bak free)</i>	87
<i>spinosad</i>	115	TAZORAC	118	<i>trazodone hcl</i>	106
SPIRIVA HANDIHALER	91	Taztia Xt	50	TRECATOR	37
SPIRIVA RESPIMAT	91	<i>telmisartan</i>	46	TRELEGY ELLIPTA	93
<i>spironolactone</i>	52	<i>telmisartan-amldipine</i>	52	<i>tretinooin</i>	23, 116
<i>spironolactone-hctz</i>	52	<i>telmisartan-hctz</i>	52	<i>tretinooin microsphere</i>	116
Sprintec 28	67	<i>temazepam</i>	109	<i>tretinooin microsphere pump</i>	116
SPRYCEL	21	<i>temozolomide</i>	18	<i>triamicinolone acetonide</i>	
SPS	60	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	3694, 115, 121	
Sronyx	67	<i>terazosin hcl</i>	45	<i>triamterene</i>	52
Ssd	117	<i>terbinafine hcl</i>	39	<i>triamterene-hctz</i>	52
<i>stavudine</i>	36	<i>terbutaline sulfate</i>	92	<i>triazolam</i>	109
STELARA	24, 25	<i>terconazole</i>	83	Triderm	121
STIVARGA	21	<i>testosterone</i>	61	<i>trifluoperazine hcl</i>	107
STRIVERDI RESPIMAT	92	<i>testosterone cypionate</i>	61	<i>trifluridine</i>	88
SUBLOCADE	27	<i>testosterone enanthate</i>	61	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	99
SUCRAID	78	<i>tetrabenazine</i>	114	TRIKAFTA	95
<i>sucralfate</i>	81	<i>tetracycline hcl</i>	45	Tri-Linyah	67
<i>sulconazole nitrate</i>	118	THALOMID	22, 23	<i>trimethobenzamide hcl</i>	77
<i>sulfacetamide sodium</i>	88	<i>theophylline</i>	95	<i>trimethoprim</i>	38
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	116	<i>theophylline er</i>	95	<i>trimipramine maleate</i>	106
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	89	<i>thioridazine hcl</i>	107	TRINTELLIX	106
<i>sulfadiazine</i>	37	<i>thiothixene</i>	107	Tri-Sprintec	67
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	38	<i>tiagabine hcl</i>	98	TRIUMEQ	42
SULFAMYLYON	117	Tilia Fe	67	TRIUMEQ PD	42
<i>sulfasalazine</i>	78	<i>timolol maleate</i>	49, 87	Trivora (28)	67
<i>sulindac</i>	28	<i>timolol maleate (once-daily)</i>	87	<i>tropicamide</i>	90
<i>sumatriptan</i>	110	<i>tinidazole</i>	37	<i>trospium chloride</i>	82
<i>sumatriptan succinate</i>	110	Tis-U-Sol	90	<i>trospium chloride er</i>	82
<i>sumatriptan succinate refill</i>	110	TIVICAY	36	TRULICITY	68

TUKYSA	22	VOSEVI	44	<i>zolpidem tartrate er</i>	109
TUZISTRA XR	95	Vyfemla	67	<i>zonisamide</i>	98
TWIRLA	67	<i>warfarin sodium</i>	84	ZONTIVITY	86
TYBLUME	67	Wera	67	Zovia 1/35 (28)	67
TYBOST	36	<i>westab max</i>	56		
TYMLOS	75	WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
TYVASO	53	60	57		
TYVASO REFILL	53	WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
TYVASO STARTER	53	65	57		
UBRELVY	110	WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
Unithroid	61	70	57		
<i>urinary pain relief</i>	84	WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
<i>ursodiol</i>	81	75	57		
<i>valacyclovir hcl</i>	40	WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
<i>valganciclovir hcl</i>	40	80	57		
<i>valproic acid</i>	98	WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
<i>valsartan</i>	46	85	57		
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	52	WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
<i>vancomycin hcl</i>	38	90	57		
<i>varenicline tartrate</i>	108	WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
VARUBI (180 MG DOSE)	78	95	57		
VCF VAGINAL		XARELTO	84		
CONTRACEPTIVE	82	XARELTO STARTER			
VELIVET	67	PACK	85		
VELPHORO	60	XCOPRI	98		
VEMLIDY	40	XCOPRI (250 MG DAILY			
VENCLEXTA	19	DOSE)	98		
VENCLEXTA STARTING		XCOPRI (350 MG DAILY			
PACK	19	DOSE)	98		
<i>venlafaxine hcl</i>	106	XIFAXAN	38		
<i>venlafaxine hcl er</i>	106	XIGDUO XR	59		
VENTAVIS	53	XTANDI	19		
<i>verapamil hcl</i>	50	Xulane	67		
<i>verapamil hcl er</i>	50	XULTOPHY	68		
V-GO 20	58	YOSPRALA	86		
V-GO 30	58	Yuvafem	73		
V-GO 40	58	<i>zafirlukast</i>	91		
VIBRAMYCIN	45	<i>zaleplon</i>	109		
VICTOZA	68	Zarah	67		
<i>vigabatrin</i>	98	ZENPEP	79		
<i>vilazodone hcl</i>	106	ZENZEDI	114		
VIOKACE	78	ZEPATIER	44		
<i>violele</i>	67	ZERVIADE	86		
VIRACEPT	36	<i>zidovudine</i>	36		
VIREAD	36	ZIEXTENZO	85		
VISTOGARD	23	<i>zileuton er</i>	94		
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	56	ZIOPTAN	87		
VITRAKVI	22	<i>ziprasidone hcl</i>	107		
VOLTAREN	121	<i>zolmitriptan</i>	111		
<i>voriconazole</i>	39	<i>zolpidem tartrate</i>	109		