

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 CVS Caremark, un administrador de beneficios de farmacias afiliadas. Aetna es parte del grupo de compañías de CVS Health.

Table of Contents

INFORMATIONAL SECTION.....	4
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL CÁNCER.....	19
AGENTES INMUNOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO.....	25
ANALGÉSICOS – MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN.....	29
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES.....	36
CARDIOVASCULARES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS Y DEL SISTEMA CIRCULATORIO.....	49
COMPLEMENTOS NUTRICIONALES – VITAMINAS Y SUPLEMENTOS.....	59
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS.....	61
GASTROINTESTINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y EL ESTÓMAGO.....	87
GENITOURINARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES GENITALES Y DEL TRACTO URINARIO.....	93
HEMATOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE.....	95
OFTÁLMICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OJOS.....	97
OTROS.....	101
RESPIRATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS.....	101
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO.....	108
TÓPICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS.....	129

Definiciones

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 **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 **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 **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.

El **inscrito** es una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan. Todas las referencias a los inscritos en esta plantilla de formulario también deberán incluir a los suscriptores como se define en esta sección a continuación.

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 **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.

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.

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 médicamente necesario para usted tomar el medicamento.

El **tratamiento médicamente 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 médicamente 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.

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 debe concederle una solicitud de autorización previa cuando es médicamente 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.

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 deducibles, copagos y coseguros por los beneficios de atención médica cubiertos, más todos los costos por los beneficios de atención médica que no están cubiertos.

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 **medicamentos preventivos para la salud** según la Ley de Cuidado 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.

Medicamento 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 médicamente necesarios.

Medicamento de marca quiere decir un medicamento que se comercializa bajo un nombre registrado y protegido por una marca comercial. Los medicamentos de marca enumerados en este formulario aparecen en MAYÚSCULA.

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.

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

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, por ley, requiere una receta.

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 médicamente necesario que usted tome el medicamento.

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; y

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 que proporciona medicamentos con receta especializados (que se inyectan, infunden o se toman por vía oral) y brinda servicios que incluyen apoyo personal, recursos y capacitaciones útiles, y entregas a domicilio gratuitas y seguras.
- 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 ahorre dinero en comparación con los medicamentos no preferidos. En general, los medicamentos genéricos son menos costosos que los de marca.

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

Los servicios cubiertos se basan en los medicamentos que se enumeran en la guía de medicamentos. Excluimos los medicamentos con receta que no aparezcan en la guía de medicamentos, a menos que aprobemos una excepción médica. Si es medicamento 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:** La mayoría de los medicamentos genéricos y de marca preferidos de bajo costo
- **Nivel 2:** Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos
- **Nivel 3:** Medicamentos de marca no preferidos
- **Nivel 4:** Especialidad

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 (TTY: 711)**.
- **Para obtener una receta nueva**, su proveedor autorizado a emitir recetas puede enviarnosla 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 (TTY: 711)**

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

Farmacia de servicio por correo CVS Caremark™

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

Comience ahora mismo

Puede presentar su pedido mediante alguna de las siguientes opciones:

- 1. En línea:** visite el sitio web seguro para miembros e inicie sesión en su cuenta. Allí puede agregar o quitar sus recetas.
- 2. Por teléfono:** llámenos sin cargo, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al [1-888-792-3862 \(TTY: 711\)](tel:1-888-792-3862). Si necesita la ayuda de un dispositivo telefónico para personas con dificultades auditivas, llame al [1-877-833-2779 \(TTY: 711\)](tel: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](tel: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 la certificación previa/autorización previa (PA)?

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 (ST)?

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 (QL)?

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 una cantidad específica 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 médicamente necesarios. Si se aprueba una excepción médica, solo necesita pagar el copago después del deducible. Este monto se basa en el diseño de su plan de farmacia.

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 al **1-800-294-5979 (TTY: 711)** o medicamentos especializados al **1-866-814-5506 (TTY: 711)**.
- Envíe por fax la solicitud completa a: Medicamentos no especializados al **1-888-836-0730** o medicamentos especializados al **1-866-249-6155**.
- Envíe por correo la solicitud completa a: Medical Exception to Pharmacy Prior Authorization Unit 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 (TTY: 711)**.

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 al **1-800-927-HELP (4357) (TTY: 711)**, **TDD: 1-800-482-4TDD (4833) (TTY: 711)**.

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 (TTY: 711)**, **1-800-537-7697 (TDD) (TTY: 711)**.

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	የ ቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በሙወቂያዎች ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ፡ ፡
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Armenian	Ձեր նախընտրած լեզվով ավվճար խոսքի դաստիարակություն ստանալու համար զանգահարեք ձեր բժշկական ապահովագրության քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով
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 အခကြေးငွေ 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 lengguahi ni dibatde para hagu, agang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Cherokee	ᄎᄂᄃᄄ ᄆᄇᄈᄉᄊ ᄋᄌᄍᄎᄏᄐᄑ ᄒ ᄓᄔᄕᄖᄗᄘᄙ ᄚᄛ, ᄜᄝᄞᄟᄠᄡ ᄢᄣᄤᄥᄇᄈᄉ ᄊᄋᄌᄍᄎᄏᄐᄑ ᄒᄓᄔᄕᄖᄗᄘᄙ.
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 holisso kallo iskitini holhtena 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	Tajaajiloota 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 idantifikasyon 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 કોઇ 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 asụsụ na akwughi ụgwọ obụla, kpọọ nọmba 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	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်တၢ်မၤစၢအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ် လၢတအိၣ်ဒီးအပ္ပၤလၢနကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်.ကိးဘၣ်လီၤတဲၤစီၣ်နီၣ်ဂံၢ်လၢအအိၣ်လၢနခိၣ်ဂီၢ် (ID) အလီၤန့ၣ်တက့ၢ်.
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	بۆ دەسپێرێتگه‌شتن به‌ خزمه‌تگه‌زارێ زمان به‌ی تێچوون بۆ تو، په‌یوه‌ندی بکه‌ به‌ ژماره‌ی سه‌ر ئای دی (ID) کارتی خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Nan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjeļok wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōm̄ba eo ilo kaat in ID eo aṃ.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áa ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo búááh ílínígóó naaltsoos bee atah nílíígo nanitinígíí bee néého'dólzinígíí béésh bee hane'í biká'ígíí áaji' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të koor yin ran de wëër de thokic ke cïn wëu kor keek tënɔŋ yin. Ke yin cɔl ran ye koc kuony në namba de abac tö në ID kard duön 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.

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 Health Assurance 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. 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 o las políticas de la aseguradora, los cambios en la cobertura de medicamentos no entrarán en vigencia para los planes comerciales con cobertura total (incluidos los HMO) en Louisiana, New York, Texas y, en la mayoría de las circunstancias, en Connecticut y Vermont 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 la persona autorizada a dar recetas continúe recetándolos, siempre que los medicamentos sean médicamente necesarios y más beneficiosos que otros medicamentos cubiertos. Nada de lo dispuesto en esta sección impedirá que el proveedor autorizado a dar recetas recete otro medicamento cubierto por el plan que sea médicamente apropiado para la persona inscrita, ni ningún contenido de esta sección deberá ser interpretado como prohibición de la sustitución de medicamentos genéricos.

En conformidad con la ley estatal, los miembros comerciales completamente asegurados (que incluye HMO) en Connecticut, Louisiana, New México y Texas (excepto los miembros del Plan de beneficios médicos para empleados federales) que reciben cobertura para medicamentos que se agregan o se quitan de la Guía de medicamentos de la farmacia y las listas de certificación previa, continuarán con la cobertura de esos medicamentos en el mismo nivel de beneficios hasta la fecha de renovación del plan. En Texas, la aprobación de la autorización previa se conoce como "revisión de utilización previa al servicio". No se trata de una "verificación" como la define la ley de Texas. La autorización previa es la determinación de que los servicios de atención médica que se propone prestar a un paciente son médicamente necesarios y adecuados.

En determinados estados, incluidos Arkansas, Colorado, Connecticut, Delaware, Georgia, Illinois, Louisiana, Maryland, Minnesota, North Dakota, Pennsylvania y Texas, los programas de tratamiento escalonado no aplican para los miembros

completamente cubiertos que utilizan medicamentos con receta para el tratamiento de cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro.

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

[Aetna.com](https://www.aetna.com)

©2023 Aetna Inc.



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 2024 - 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

04/01/2024

18

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>melfhalan 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	DCN (\$0 copay for ages 35 and older for the primary prevention of breast cancer); 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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay for ages 35 and older for the primary prevention of breast cancer); PH; OAC; AL (Min 35 Years)
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Tier 1	OAC
<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 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	DCN (\$0 copay for ages 35 and older for the primary prevention of breast cancer); PH; 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, 500 mg</i>	Tier 4	PA; OAC
<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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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)
INHIBIDORES DE LA QUINASA		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>allectinib 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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 (<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)
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (12 BOTTLES per 28 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)
<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)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG (<i>dabrafenib mesylate</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (4 BOTTLES per 28 DAYs)
TAGRISO 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)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (<i>abemaciclib</i>)	Tier 4	PA; OAC; QL (56 TABLETS per 28 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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML (<i>rituximab-pvvr</i>)	Tier 3	PA
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)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (<i>thalidomide</i>)	Tier 4	PA; QL (56 CAPSULES per 28 days)
VARIOS		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Tier 4	PA; OAC
<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>tretinoin 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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)
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector 40 mg/0.4ml</i>	Tier 4	PA; QL (4 PENS per 28 DAYs)
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	Tier 4	PA; QL (4 SYRINGES per 28 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)
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML (<i>secukinumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 PEN per 28 DAYs)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; QL (8 VIALS per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	Tier 4	PA; QL (8 SYRINGES per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (4 PENS per 28 Days)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 Days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 KIT per 28 days)
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 KIT per 28 days)
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 KIT per 28 days)
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 KIT per 28 days)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Tier 4	PA; QL (4 PENS per 28 DAYs)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Tier 4	PA; QL (2 PENS per 28 days)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.1 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Tier 4	PA; QL (2 SYRINGES per 28 DAYs)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Tier 4	PA; QL (4 SYRINGES per 28 DAYs)
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Tier 4	PA; DCN (Starter pack - initial dose only); QL (1 KIT per 28 days)
HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Tier 4	PA; DCN (Starter pack - initial dose only); QL (1 KIT per 28 DAYs)
HYRIMOZ-PED>=40KG CROHN START SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Tier 4	PA; DCN (Starter pack - initial dose only); QL (1 KIT per 28 DAYs)
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	Tier 4	PA; DCN (Starter pack - initial dose only); QL (1 KIT per 28 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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; DCN (Use only for induction); QL (1 FILL per 1 INDUCTION PERIOD)
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 180 MG/1.2ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Tier 4	PA; QL (1 CARTRIDGE per 56 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 PREFILLED SYRINGE 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 (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 DAYs)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYs)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML (<i>adalimumab</i>)	Tier 4	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML (<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)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	Tier 4	PA; QL (45 SYRINGES per 90 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 sodium 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (<i>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</i> (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)	Tier 1	
<i>cyclosporine modified</i> (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)	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	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>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 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	PA; ST
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.5ML, 300 MG/1.5ML (<i>buprenorphine</i>)	Tier 4	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
AINE		
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Tier 1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	DCN (Listing does not include certain NDCs)
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	
<i>tolmetin sodium oral capsule 400 mg</i>	Tier 1	
<i>tolmetin sodium oral tablet 600 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>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
<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>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (400 TABLETS per 30 Days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 30 Days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Tier 1	ST; DCN (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS 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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 transdermal patch 72 hour 100 mcglhr, 50 mcglhr, 75 mcglhr</i>	Tier 1	PA; ST
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcglhr, 25 mcglhr</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-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	Tier 1	PA; ST
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 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 2024 - 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 (120 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 (45 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 (225 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 (30 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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	Tier 1	ST; QL (90 TABLETS per 30 days)
<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 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-deterrent 10 mg, 20 mg</i>	Tier 1	ST; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 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 2024 - 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 AINE		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	Tier 1	
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		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	Tier 4	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (<i>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>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (<i>tenofovir alafenamide fumarate</i>)	Tier 3	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
AGENTES ANTIRRETROVIRALES – 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)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (<i>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)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (<i>rilpivirine hcl</i>)	Tier 2	QL (60 TABLETS 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (120 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)
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 75 MG (<i>darunavir</i>)	Tier 2	QL (300 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
TIVICAY ORAL TABLET 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (<i>rifapentine</i>)	Tier 2	
<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	
SIRUORO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (<i>bedaquiline fumarate</i>)	Tier 4	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG (<i>ethionamide</i>)	Tier 2	
ANTIBACTERIANOS – VARIOS		
<i>fosfomicin 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	
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	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</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	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	Tier 1	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	Tier 1	
<i>metronidazole oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 50 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	Tier 1	PA; AL (Max 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>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		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 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
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	Tier 1	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	Tier 1	PA
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	Tier 1	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (<i>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>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 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)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	Tier 3	QL (40 TABLETS per 30 DAYS)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	Tier 3	QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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)
CEFALOSPORINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 250 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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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-tenofov</i>)	Tier 3	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG (<i>bictegravir-emtricitab-tenofov</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-tenofov df</i>)	Tier 3	QL (30 TABLETS per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	Tier 2	QL (30 TABLETS per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	Tier 2	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-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	Tier 1	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)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Tier 1	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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 (300 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 2024 - 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 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	Tier 2	PA; QL (28 TABLETS per 28 DAYs)
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>sofosbuv-velpatasv-voxilaprev</i>)	Tier 4	PA; 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Tier 1	
<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>demeclocycline 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)
VARIOS		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML (<i>nitazoxanide</i>)	Tier 3	QL (540 ML per 30 days)
<i>clindamycin hcl oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg</i>	Tier 1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	QL (20 TABLETS per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Tier 1	PA; DCN (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
CARDIOVASCULARES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS Y DEL SISTEMA CIRCULATORIO		
ALFA BLOQUEANTES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Tier 1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Tier 1	
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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

04/01/2024

50

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Tier 1	DCN (Exception process available for \$0 copay for members age 40 through 75 when medically necessary for primary prevention of cardiovascular disease)
<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	
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 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; DCN (Exception process available for \$0 copay for members age 40 through 75 when medically necessary for primary prevention of cardiovascular disease)
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 LA HMG-COA REDUCTASA: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE PCSK9: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML (<i>evolocumab</i>)	Tier 4	PA; QL (1 CARTRIDGE per 28 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	Tier 4	PA; QL (3 SYRINGES per 28 DAYs)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	Tier 4	PA; QL (3 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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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>diltiazem hcl coated beads (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)</i>	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 er oral tablet extended release 24 hour 120 mg</i>	Tier 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Tier 1	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>diltiazem hcl</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	
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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>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	
<i>telmisartan-amlodipine 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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>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	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML (<i>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>toremide 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	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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 MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	Tier 4	PA
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	Tier 4	PA
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 & 1 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	Tier 4	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	Tier 4	PA
REMODULIN INJECTION SOLUTION 100 MG/20ML, 20 MG/20ML, 200 MG/20ML, 50 MG/20ML (<i>treprostinil</i>)	Tier 4	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	Tier 4	PA; QL (360 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>treprostinil</i>)	Tier 4	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYS)
TYVASO REFILL INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostinil</i>)	Tier 4	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYS)
TYVASO STARTER INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostinil</i>)	Tier 4	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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	
<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	
INSUFICIENCIA CARDÍACA		
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet 20-37.5 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	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2% (<i>nitroglycerin</i>)	Tier 3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.4 mg/24hr, 0.6 mg/24hr</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	
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>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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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</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	
<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	
ELITE-OB ORAL TABLET 50-1.25 MG (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	Tier 1	
<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>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 50000 unit</i>	Tier 1	
<i>westab max oral tablet 2.5-25-2 mg</i>	Tier 1	
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS		
<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>alogliptin benzoate oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	Tier 1	ST
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet 12.5-1000 mg, 12.5-500 mg</i>	Tier 1	ST
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/lact</i>	Tier 1	
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)	Tier 3	ST
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (<i>empagliflozin-linagliptin</i>)	Tier 2	ST
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Tier 1	
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
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>sitagliptin phosphate</i>)	Tier 2	ST
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (<i>empagliflozin</i>)	Tier 2	ST
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 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
<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	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML (<i>sodium polystyrene sulfonate</i>)	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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

04/01/2024

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	Tier 2	ST
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 25-1000 MG, 5-1000 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	Tier 2	ST
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML (<i>abaloparatide</i>)	Tier 4	PA; QL (1 PEN per 30 DAYs)
ACROMEGALIA: MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES QUE CAUSAN CRECIMIENTO EXCESIVO		
<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)
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	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	Tier 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	Tier 3	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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
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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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>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 (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)</i>	Tier 1	PH
<i>AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)</i>	Tier 1	PH
<i>AFTERPILL ORAL TABLET 1.5 MG (levonorgestrel)</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (Altavera Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)</i>	Tier 1	PH
<i>alyacen 1135 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>alyacen 71717 oral tablet 0.5/10.75/1-35 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (Amethia Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (Amethyst Oral Tablet 90-20 Mcg)</i>	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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> (Apris 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> (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Ayuna Oral Tablet 0.15-30 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
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Balziva Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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</i> (Blisovi Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Lo Oral Tablet 0.1-0.02 & 0.01 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	Tier 1	PH
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm arc-spring</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Charlotte 24 Fe Oral Tablet Chewable 1-20 Mg-Mcg(24))	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
CURAE ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	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>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-30 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>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Daysee Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Delyla Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
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>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg</i> (2115)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg)	Tier 1	PH
<i>drospiren-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
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</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>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24Hr)	Tier 1	PH; QL (13 RING per 300 days)
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24Hr)	Tier 1	PH; QL (13 RINGS per 300 DAYs)
<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>norgestimate-eth estradiol</i> (Estarylla Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Falmina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
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)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Finzala Oral Tablet Chewable 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Gemmy Oral Capsule 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Hailey 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24Hr)	Tier 1	PH; QL (13 RING per 300 days)
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Iclevia Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Incassia 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>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Isibloom Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jaimiess Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	Tier 1	PH
<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i> (Jasmiel Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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</i> (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jolessa Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i> (Joyeaux Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg(21))	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Juleber Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<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>norethin-eth estradiol-fe</i> (Kaitlib Fe Oral Tablet Chewable 0.8-25 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kalliga Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	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>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/50 Oral Tablet 1-50 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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> (Larin 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Layolis Fe Oral Tablet Chewable 0.8-25 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 est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet 0.1-20 mg-mcg(21)</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	Tier 1	PH
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 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 2024 - 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 biphase</i>)	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Lojaimiess Oral Tablet 0.1-0.02 & 0.01 Mg)	Tier 1	PH
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Loryna Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 1	PH
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Low-Ogestrel Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Lo-Zumandimine Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lutera Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	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> (Merzee Oral Capsule 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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> (Microgestin 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mili Oral Tablet 0.25-35 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
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1	PH
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	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
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	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>drospirenone-estetrol</i>)	Tier 1	PH
<i>drospirenone-ethinyl 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>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	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 2024 - 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 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<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, 1.5-30 mg-mcg</i>	Tier 1	PH
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	Tier 1	PH
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</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</i> (Norlyroc Oral Tablet 0.35 Mg)	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>norethindrone-eth estradiol</i> (Nylia 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nylia 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Nymyo Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Ocella Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Tier 1	PH
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms</i>)	Tier 1	PH; QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	Tier 1	PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
OPTION 2 ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	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> (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Pimtrea Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	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
REACT ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	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
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Setlakin Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone</i> (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Simliya Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	Tier 1	PH
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Simpesse Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	Tier 1	PH
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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina Fe 1/20 Eq Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Taysofy Oral Capsule 1-20 Mg-Mcg(24))	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-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tri-Legest 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-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Nymyo 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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Trivora (28) Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Turqoz Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24HR (<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>)	Tier 1	PH
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE 0.1-20 MG-MCG (<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>)	Tier 1	PH
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg)	Tier 1	PH
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG (<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>)	Tier 1	PH
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Vestura Oral Tablet 3-0.02 Mg)	Tier 1	PH
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	Tier 1	PH
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Volnea Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	Tier 1	PH
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Vyfemla Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Vylibra Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Wera Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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)
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Wymzya Fe Oral Tablet Chewable 0.4-35 Mg-Mcg)	Tier 1	PH
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24Hr)	Tier 1	PH
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Zafemy 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
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Zumandimine Oral Tablet 3-0.03 Mg)	Tier 1	PH
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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, 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	
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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, INSULINA		
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin glargine</i>)	Tier 2	
BASAGLAR TEMPO PEN 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 (wlniacinamide)</i>)	Tier 2	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (wlniacinamide)</i>)	Tier 2	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (wlniacinamide)</i>)	Tier 2	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (wlniacinamide)</i>)	Tier 2	
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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	
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	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	Tier 2	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin degludec</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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	Tier 2	
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	
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 (Max 70 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 2 mg</i>	Tier 1	PA; DCN (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>estradiol oral tablet 1 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 1.25 mg/1.25gm</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>estradiol transdermal gel 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/1gm</i>	Tier 1	PA; DCN (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 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 (Max 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 (Max 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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 (Max 70 Years)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION 1.53 MG/SPRAY (<i>estradiol</i>)	Tier 3	PA; AL (Max 70 Years)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg)	Tier 1	
<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, 2.5 MG (<i>esterified estrogens</i>)	Tier 3	PA; AL (Max 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 (Max 70 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM (<i>estrogens, conjugated</i>)	Tier 3	
<i>estradiol</i> (Yuvaferm Vaginal Tablet 10 Mcg)	Tier 1	
GLUCOCORTICOIDES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA RESPUESTA INFLAMATORIA		
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	
<i>fludrocortisone 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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	
<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		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG (<i>somatropin</i>)	Tier 4	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG (<i>somatropin</i>)	Tier 4	PA
NORDIPEN 5 INJECTION DEVICE (<i>injection device</i>)	Tier 2	
NORDIPEN DELIVERY SYSTEM (<i>injection device</i>)	Tier 2	
NORDITROPIN FLEXPPO 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		
CRINONE VAGINAL GEL 4 %, 8 % (<i>progesterone</i>)	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 625 mg/5ml</i>	Tier 1	OAC
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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 (798 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 AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	QL (150 TEST STRIPS per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	QL (150 TEST STRIPS per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL IN VITRO LIQUID (<i>blood glucose calibration</i>)	Tier 2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Tier 2	QL (150 TEST STRIPS per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	Tier 2	
<i>alcohol prep pad</i>	Tier 2	
AUTOLET PLATFORMS (<i>lancets misc.</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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	
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Tier 2	
DEXCOM G6 SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Tier 2	QL (3 SENSORS per 25 Days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Tier 2	
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Tier 2	
DEXCOM G7 SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Tier 2	QL (3 SENSORS per 25 DAYs)
DIASTIX IN VITRO STRIP (<i>glucose urine test-glucose ox</i>)	Tier 2	
KETOSTIX IN VITRO STRIP (<i>acetone (urine) test lancets</i>)	Tier 2	
<i>lancing device</i>	Tier 2	
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
PRECISION XTRA KETONE IN VITRO STRIP (<i>ketone blood test</i>)	Tier 2	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR (<i>insulin disposable pump</i>)	Tier 2	
VARIOS		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Tier 1	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (<i>cysteamine bitartrate</i>)	Tier 4	PA
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG (<i>prasterone</i>)	Tier 3	
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (<i>mifepristone</i>)	Tier 3	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<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	DCN (\$0 copay for ages 35 and older for the primary prevention of breast cancer); PH; 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
VASOPRESINAS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS DE LA HIPÓFISIS		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	Tier 1	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
GASTROINTESTINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y EL ESTÓMAGO		
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	Tier 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc External Cream 2.5 %)	Tier 1	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2 – MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y LA ACIDEZ ESTOMACAL		
<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 (Max 70 Years)
ANTIEMÉTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS		
AKYNZEO ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (<i>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)
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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 (Max 70 Years)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>promethazine hcl oral tablet 25 mg</i>	Tier 1	PA; DCN (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg)</i>	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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
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 therapy pack 500 & 500 & 30 mg</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 er oral tablet extended release 24 hour 9 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
VIOKACE ORAL TABLET 10440-39150 UNIT, 20880-78300 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	Tier 2	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 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/175ML (<i>sod picosulfate-mag ox-cit acid</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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>enulose oral solution 10 gml15ml</i>	Tier 1	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	Tier 1	
<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> (Gavilyte-G Oral Solution Reconstituted 236 Gm)	Tier 1	
<i>generlac oral solution 10 gml15ml</i>	Tier 1	
<i>lactulose oral solution 10 gml15ml</i>	Tier 1	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gml177ml</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>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	Tier 1	
<i>peg-3350electrolytes 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)
PEG-PREP ORAL KIT 5-210 MG-GM (<i>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)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM (<i>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 2024 - 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
SUFLAVE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 178.7 GM (<i>peg 3350-kcl-nacl-nasulf-mgsul</i>)	Tier 3	DCN (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); PH; AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
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>alose tron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	PA
SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON ESTREÑIMIENTO		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (<i>linaclotide</i>)	Tier 2	PA
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	Tier 1	PA
VARIOS		
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
GENITOURINARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES GENITALES Y DEL TRACTO URINARIO		
ANTICONCEPTIVOS – PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (<i>nonoxynol-9</i>)	Tier 1	PH
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 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 solution 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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	
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>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Tier 1	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	Tier 1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
VARIOS		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	Tier 3	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	Tier 1	
<i>urinary pain relief oral tablet 95 mg</i>	Tier 1	
HEMATOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (<i>hydroxyurea</i>)	Tier 2	
ANTICOAGULANTES – DILUYENTES DE LA SANGRE		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG (<i>apixaban</i>)	Tier 2	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (<i>apixaban</i>)	Tier 2	
<i>enoxaparin sodium injection solution 150 mg/ml, 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	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML (<i>dalteparin sodium</i>)	Tier 3	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNIT/0.72ML, 2500 UNIT/0.2ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML (<i>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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/0.5ml</i>	Tier 1	
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	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	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML (<i>rivaroxaban</i>)	Tier 2	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	Tier 2	
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
DOPTELET TABLET 20 MG ORAL (<i>avatrombopag maleate</i>)	Tier 4	PA; QL (1 CARTON per 5 Days)
DOPTELET TABLET 20 MG ORAL (<i>avatrombopag maleate</i>)	Tier 4	PA; QL (60 TABLETS per 30 Days)
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML (<i>pegfilgrastim-pbbk</i>)	Tier 4	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYS)
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.3ML, 120 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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML (<i>filgrastim-aafi</i>)	Tier 4	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML (<i>pegfilgrastim-apgf</i>)	Tier 4	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 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
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA – DILUYENTES DE LA SANGRE		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	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 (Max 70 Years)
<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 sulfat</i> e)	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>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		
ALOCRILOPHTHALMIC SOLUTION 2 % (<i>nedocromil sodium</i>)	Tier 3	
ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 % (<i>lodoxamide tromethamine</i>)	Tier 3	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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 0.2 %</i>	Tier 1	
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 % (<i>cetirizine hcl</i>)	Tier 3	
ANTIGLAUCOMA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL GLAUCOMA		
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	Tier 1	
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 0.1 %, 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 2-0.5 %</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
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 % (<i>echothiophate iodide</i>)	Tier 3	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 % (brinzolamide-brimonidine)	Tier 2	
tafluprost (pf) ophthalmic solution 0.0015 %	Tier 1	
timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution 0.5 %	Tier 1	
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	Tier 1	
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %	Tier 1	
travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %	Tier 1	
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (azithromycin)	Tier 2	
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm	Tier 1	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	Tier 1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	Tier 1	
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm	Tier 1	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	Tier 1	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %	Tier 1	QL (20 ML per 30 days)
moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution 0.5 %	Tier 1	
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	Tier 1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 % (natamycin)	Tier 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	Tier 1	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025	Tier 1	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	Tier 1	
bacitracin-polymyxin b (Polycin Ophthalmic Ointment 500-10000 Unit/Gm)	Tier 1	
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	Tier 1	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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	
<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	
<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	
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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</i>	Tier 1	PA; QL (1 MULTI-USE VIAL per 28 Days)
<i>cyclosporine emulsion 0.05 % ophthalmic</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	
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (<i>nintedanib esylate</i>)	Tier 4	PA; QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Tier 4	PA; QL (270 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)
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	
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	Tier 2	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	Tier 1	QL (1 PACKAGE per 30 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
ANTIHIISTAMÍNICOS – 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 (Max 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 (Max 70 Years)
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	Tier 1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	Tier 1	
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	Tier 1	QL (1 CONTAINER per 30 days)
RYCLORA ORAL SOLUTION 2 MG/5ML (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	Tier 1	PA; AL (Max 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution 15 mcg/2ml</i>	Tier 1	QL (60 VIALS per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</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 mcg/lact</i>	Tier 1	QL (2 INHALERS per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT (<i>salmeterol xinafoate</i>)	Tier 3	QL (1 PACKAGE per 30 Days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT (<i>olodaterol hcl</i>)	Tier 2	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA EPOC		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT (<i>umeclidinium-vilanterol</i>)	Tier 3	QL (1 PACKAGE per 30 Days)
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 ANTICOLINÉRGICOS/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 2	QL (1 PACKAGE per 30 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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, 50-25 MCG/INH (<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>)	Tier 2	QL (1 PACKAGE per 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcglact, 80-4.5 mcglact</i>	Tier 1	DCN (Listing does not include certain NDCs); 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 mcglact, 250-50 mcglact, 500-50 mcglact</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)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcglact</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 mcglact</i>	Tier 1	QL (1 PACKAGE per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
FIBROSIS QUÍSTICA		
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG (<i>aztreonam lysine</i>)	Tier 4	PA; QL (84 VIALS per 28 DAYs)
<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)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG (<i>elxacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	Tier 4	PA; QL (56 PACKETS per 28 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 REDHALER 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>hydrocod poli-chlorphe poli 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)
<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	
SUMINISTROS PARA EL TRATAMIENTO RESPIRATORIO		
AEROCHAMBER PLUS FLOW 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	
PEDIATRIC PANDA MASK (<i>spacer/aero-hold chamber mask</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
VARIOS		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	Tier 1	
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	Tier 1	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 100 mg, 200 mg, 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	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	Tier 1	
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/15ml</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Tier 1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	Tier 1	
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (<i>phenytoin sodium extended</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	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cannabidiol</i>)	Tier 4	PA; QL (800 ML per 30 days)
<i>carbamazepine</i> (Eptol Oral Tablet 200 Mg)	Tier 1	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Tier 1	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Tier 1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML (<i>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 (Phenytoin Infatabs Oral Tablet Chewable 50 Mg)</i>	Tier 1	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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	
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECIONES OSTEOMUSCULARES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Tier 1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	Tier 1	PA; DCN (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 70 Years)
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Max 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 capsule delayed release therapy pack 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>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	Tier 1	PA; QL (12 SYRINGES per 28 DAYS)
<i>glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 20 Mg/Ml)</i>	Tier 1	PA; QL (30 INJECTIONS per 30 DAYS)
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)
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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)
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>buspirone hcl oral tablet 7.5 mg</i>	Tier 1	
<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>meprobamate 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	QL (4 SPRAYS per 25 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	Tier 1	PH
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML (<i>naloxone hcl</i>)	Tier 1	QL (4 SPRAYS per 25 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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	
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 29 Years)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	Tier 1	PA; AL (Min 29 Years)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	Tier 1	PA; AL (Min 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 (Max 65 Years)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	Tier 1	AL (Max 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 (Max 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 (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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 (Max 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 (Max 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	
<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 (Max 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 (Max 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 (Max 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 (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>desipramine hcl oral tablet 75 mg</i>	Tier 1	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<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 (Max 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 (Max 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 (Max 65 Years)
<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 (Max 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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 (Max 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 (Max 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 (Max 65 Years)
<i>imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg</i>	Tier 1	AL (Max 65 Years)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (<i>isocarboxazid</i>)	Tier 3	
<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 (Max 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 (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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 (Max 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	Tier 1	AL (Max 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 (Max 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 (Max 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 (Max 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	
<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 (Max 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 (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (<i>vortioxetine hbr</i>)	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	
ANTIPSIÓTICOS – 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	
<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	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Tier 1	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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
<i>goodsense nicotine mouththroat gum 4 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>goodsense nicotine mouththroat lozenge 4 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>nicotine polacrilex mouththroat gum 2 mg, 4 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
<i>nicotine polacrilex mouththroat lozenge 2 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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 kit 21-14-7 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 (starter) 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
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Tier 1	DCN (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); PH
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 (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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	
<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)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Tier 2	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Tier 2	
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Tier 2	
<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 mglact</i>	Tier 1	QL (12 SPRAYS per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mglact</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 mgl0.5ml</i>	Tier 1	QL (18 SYRINGES per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mgl0.5ml</i>	Tier 1	QL (12 SOLUTION CARTRIDGE per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mgl0.5ml</i>	Tier 1	QL (12 VIALS per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mgl0.5ml</i>	Tier 1	QL (18 SYRINGES per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mgl0.5ml</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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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 (Max 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 (Max 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 (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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 (Max 65 Years)
<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 (Max 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 (Max 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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)
<i>dexmethylphenidate 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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)
<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)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	Tier 1	QL (120 TABLETS per 30 days)
TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Tier 4	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
VARIOS		
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 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>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	Tier 3	
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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)
TÓPICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS		
CROTAN EXTERNAL LOTION 10 % (<i>crotamiton</i>)	Tier 1	
<i>cvs ivermectin lice treatment external lotion 0.5 %</i>	Tier 1	
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	Tier 1	
<i>ivermectin external lotion 0.5 %</i>	Tier 1	
<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 mouth/throat solution 0.12 %</i>	Tier 1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	Tier 1	QL (90 LOZENGES per 30 days)
<i>lidocaine hcl mouth/throat solution 4 %</i>	Tier 1	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	Tier 1	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	Tier 1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Oralene Mouth/Throat Paste 0.1 %)	Tier 1	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
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 mouth/throat paste 0.1 %</i>	Tier 1	
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	Tier 1	PA; QL (45 GM per 28 days); AL (Max 35 Years)
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	Tier 1	PA; QL (45 GM per 28 days); AL (Max 35 Years)
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %, 0.3-2.5 %</i>	Tier 1	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	Tier 1	QL (47 GM per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	Tier 1	QL (45 GM per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 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>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Tier 1	PA; AL (Max 35 Years)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	Tier 1	PA; AL (Max 35 Years)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.1 %</i>	Tier 1	PA; AL (Max 35 Years)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %</i>	Tier 1	PA; AL (Max 35 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 % (<i>becaplermin</i>)	Tier 3	PA; QL (30 GM per 30 days)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Tier 1	
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 urethrallmucosal 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)
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 (Ssd External Cream 1 %)</i>	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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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)
<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)
<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, ANTIPRURIGINOSOS		
<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>calcipotriene-betameth diprop external ointment 0.005-0.064 %</i>	Tier 1	ST; QL (60 GM per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	Tier 1	ST; QL (100 GM per 30 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
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	Tier 1	QL (120 GM per 30 days)
<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 lotion 0.1 %</i>	Tier 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	Tier 1	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>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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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>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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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 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>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)
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	
<i>brimonidine tartrate external gel 0.33 %</i>	Tier 1	PA
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)
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>acyclovir external cream 5 %</i>	Tier 1	
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5000000 UNIT/ML (<i>interferon alfa-n3</i>)	Tier 4	
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - 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> penciclovir external cream 1 %</i>	Tier 1	
<i> podofilox external gel 0.5 %</i>	Tier 1	
<i> podofilox external solution 0.5 %</i>	Tier 1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (<i>nitroglycerin</i>)	Tier 3	
<i> tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Tier 1	
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN EXTERNAL GEL 1 % (<i>diclofenac sodium</i>)	Tier 1	QL (300 GM per 30 Days)
VOLTAREN EXTERNAL GEL 1 % (<i>diclofenac sodium</i>)	Tier 1	QL (300 GM per 30 days)
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 2024 - 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>	37	<i>almotriptan malate</i>	123	<i>arformoterol tartrate</i>	104
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	44	ALOCRI.....	97	<i>aripiprazole</i>	120
<i>abiraterone acetate</i>	19	<i>alogliptin benzoate</i>	61	<i>armodafinil</i>	125
<i>acamprosate calcium</i>	121	<i>alogliptin-metformin hcl</i>	61	ARNUITY ELLIPTA.....	106
<i>acarbose</i>	78	ALOMIDE.....	97	<i>asenapine maleate</i>	120
ACCU-CHEK AVIVA PLUS.....	84	<i>alose tron hcl</i>	92	Ashlyna.....	65
ACCU-CHEK GUIDE.....	84	<i>alprazolam</i>	114	<i>aspirin adult low strength</i>	36
ACCU-CHEK SMARTVIEW.....	84	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	114	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	97
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL.....	84	Altavera.....	64	ASTAGRAF XL.....	29
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS.....	84	<i>alyacen 1135</i>	64	<i>atazanavir sulfate</i>	37
<i>acebutolol hcl</i>	52	<i>alyacen 71717</i>	64	<i>atenolol</i>	52
<i>acetaminophen-codeine</i>	31	<i>amantadine hcl</i>	111	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	54
<i>acetazolamide</i>	56	<i>ambrisentan</i>	57	<i>atomoxetine hcl</i>	126
<i>acetazolamide er</i>	56	<i>amcinonide</i>	133	<i>atorvastatin calcium</i>	50, 51
<i>acetic acid</i>	136	Amethia.....	64	<i>atovaquone</i>	40
<i>acetylcysteine</i>	108	Amethyst.....	64	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	42
<i>acitretin</i>	132	<i>amiloride hcl</i>	56	<i>atropine sulfate</i>	101
ACTEMRA.....	25	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	56	Aubra Eq.....	65
ACTIMMUNE.....	28	<i>amiodarone hcl</i>	49	Aurovela 1.5/30.....	65
ACUVAIL.....	100	<i>amitriptyline hcl</i>	115	Aurovela 1/20.....	65
<i>acyclovir</i>	42, 135	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ..	54	Aurovela 24 Fe.....	65
<i>adalimumab-adaz</i>	25	<i>amlodipine besylate</i>	53	Aurovela Fe 1.5/30.....	65
<i>adapalene</i>	130	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> ...	55	Aurovela Fe 1/20.....	65
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	130	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	50	AUTOLET PLATFORMS.....	84
<i>adefovir dipivoxil</i>	36	<i>amlodipine-olmesartan</i>	55	Aviane.....	65
ADEMPAS.....	57	<i>ammonium lactate</i>	135	<i>avidoxy</i>	48
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	107	<i>amoxapine</i>	116	Ayuna.....	65
Afirmelle.....	64	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> ...	89	AZASITE.....	99
AFTERA.....	64	<i>amoxicillin</i>	47	<i>azathioprine</i>	29
AFTERPILL.....	64	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	47	<i>azelaic acid</i>	135
AIMOVIG.....	123	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> ...	47	<i>azelastine hcl</i>	98, 103
AKYNZEO.....	87	<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	126	<i>azelastine-fluticasone</i>	105
<i>ala-cort</i>	133	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	126	<i>azithromycin</i>	45
<i>albendazole</i>	40	<i>ampicillin</i>	47	Azurette.....	65
<i>albuterol sulfate</i>	103, 104	<i>anagrelide hcl</i>	97	<i>bacitracin</i>	99
<i>albuterol sulfate hfa</i>	103	<i>anastrozole</i>	19	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	99
<i>alclometasone dipropionate</i>	133	ANNOVERA.....	65	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	100
<i>alcohol prep</i>	84	ANORO ELLIPTA.....	104	<i>baclofen</i>	112
ALECENSA.....	21	APOKYN.....	111	<i>balsalazide disodium</i>	89
<i>alendronate sodium</i>	61	<i>apraclonidine hcl</i>	98	Balziva.....	65
ALFERON N.....	135	<i>aprepitant</i>	87	BARACLUDGE.....	36
<i>alfuzosin hcl er</i>	94	Apri.....	65	BASAGLAR KWIKPEN.....	79
ALINIA.....	48	APTIVUS.....	37	BASAGLAR TEMPO PEN...	79
<i>aliskiren fumarate</i>	58	Aranelle.....	65	BAXDELA.....	46
<i>allopurinol</i>	36	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	96	BD VEO INSULIN SYRINGE U/F.....	85
		ARCALYST.....	28	BELSOMRA.....	122
				<i>benazepril hcl</i>	58

<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> . 55	<i>butorphanol tartrate</i> 31	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i> 125
<i>benznidazole</i> 40	<i>cabergoline</i> 86	<i>chlorhexidine gluconate</i> 129
<i>benzonatate</i> 106	CABOMETYX 21	<i>chloroquine phosphate</i> 42
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> 130	<i>calcipotriene</i> 132	<i>chlorpromazine hcl</i> 120
<i>benztropine mesylate</i> 111	<i>calcipotriene-betameth diprop</i> . 132	<i>chlorthalidone</i> 56
<i>bepotastine besilate</i> 98	<i>calcitonin (salmon)</i> 61	<i>chlorzoxazone</i> 112
<i>betaine</i> 84	<i>calcitriol</i> 60, 132	<i>cholestyramine</i> 52
<i>betamethasone dipropionate</i> 133	<i>calcium acetate</i> 62	<i>cholestyramine light</i> 52
<i>betamethasone dipropionate</i> 133	<i>calcium acetate (phos binder)</i> .. 62	<i>chorionic gonadotropin</i> 84
<i>aug</i> 133	Camila 66	<i>ciclopirox</i> 131
<i>betamethasone valerate</i> 133	Camrese 66	<i>ciclopirox olamine</i> 131
BETASERON 113	Camrese Lo 66	<i>cilostazol</i> 97
<i>betaxolol hcl</i> 52, 98	<i>candesartan cilexetil</i> 49	CIMDUO 44
<i>bethanechol chloride</i> 95	<i>candesartan cilexetil-hctz</i> 55	<i>cimetidine</i> 87
BETIMOL 98	<i>capecitabine</i> 20	<i>cinacalcet hcl</i> 64
BETOPTIC-S 98	CAPRELSA 21	CIPRO 46
BEVESPI AEROSPHERE 104	<i>captopril</i> 58	<i>ciprofloxacin hcl</i> 46, 99, 136
<i>bexarotene</i> 24, 135	<i>carbamazepine</i> 108	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .. 136
<i>bicalutamide</i> 19	<i>carbamazepine er</i> 108	<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i> .. 136
BIKTARVY 44	<i>carbidopa</i> 111	<i>citalopram hydrobromide</i> 116
<i>bisoprolol fumarate</i> 52	<i>carbidopa-levodopa</i> 112	<i>clarithromycin</i> 45
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .. 54	<i>carbidopa-levodopa er</i> 111	<i>clarithromycin er</i> 45
Blisovi 24 Fe 65	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> 112	<i>clemastine fumarate</i> 103
Blisovi Fe 1.5/30 65	<i>carbinoxamine maleate</i> 103	CLENPIQ 90
Blisovi Fe 1/20 66	CARDURA XL 94	CLEOCIN 94
<i>bosentan</i> 57	<i>carglumic acid</i> 84	CLEVER CHOICE
BREO ELLIPTA 105	<i>carisoprodol</i> 112	HOLDING CHAMBER 107
<i>briellyn</i> 66	<i>carteolol hcl</i> 98	CLIMARA PRO 81
<i>brimonidine tartrate</i> 98, 135	Cartia Xt 53	<i>clindamycin hcl</i> 40, 48
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> 98	<i>carvedilol</i> 52	<i>clindamycin palmitate hcl</i> 40
<i>brinzolamide</i> 98	<i>carvedilol phosphate er</i> 52	<i>clindamycin phos-benzoyl</i> <i>perox</i> 130
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i> 100	CAYA 66	<i>clindamycin phosphate</i> 94, 130
<i>bromocriptine mesylate</i> 111	CAYSTON 106	<i>clobazam</i> 108
<i>budesonide</i> 89, 106	<i>cefaclor</i> 43	<i>clobetasol prop emollient base</i> . 133
<i>budesonide er</i> 89	<i>cefadroxil</i> 43	<i>clobetasol propionate</i> 133
<i>budesonide-formoterol</i> <i>fumarate</i> 105	<i>cefdinir</i> 43	<i>clocortolone pivalate</i> 133
<i>bumetanide</i> 56	<i>cefixime</i> 43	<i>clomipramine hcl</i> 116
<i>buprenorphine</i> 29	<i>cefpodoxime proxetil</i> 43	<i>clonazepam</i> 108
<i>buprenorphine hcl</i> 113	<i>cefprozil</i> 43	<i>clonidine</i> 59
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> 113, 114	<i>cefuroxime axetil</i> 43	<i>clonidine hcl</i> 59
<i>bupropion hcl</i> 116	<i>celecoxib</i> 36	<i>clopidogrel bisulfate</i> 97
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> 121	<i>cephalexin</i> 43	<i>clorazepate dipotassium</i> 108
<i>bupropion hcl er (sr)</i> 116	CERDELGA 84	<i>clotrimazole</i> 129, 131
<i>bupropion hcl er (xl)</i> 116	<i>cevimeline hcl</i> 129	<i>clotrimazole-betamethasone</i> 131
<i>buspironone hcl</i> 114, 128	Charlotte 24 Fe 66	<i>clozapine</i> 120
	Chateal 66	COARTEM 42
	CHEMET 63	<i>codeine sulfate</i> 31
	CHEMSTRIP 9 85	<i>colchicine</i> 36
	<i>chlordiazepoxide hcl</i> 114	<i>colchicine-probenecid</i> 36

<i>colestipol hcl</i>	52	DEPO-ESTRADIOL.....	81	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	
Compro.....	87	DEPO-SUBQ PROVERA		.....	113
<i>condoms</i>	66	104.....	67	DIPENTUM.....	89
CONDYLOX.....	135	DESCOVY.....	44	<i>diphenhydramine hcl</i>	103
CORLANOR.....	59	<i>desipramine hcl</i>	116, 117	<i>diphenoxylate-atropine</i>	92
CORTISPORIN-TC.....	136	<i>desloratadine</i>	103	<i>dipyridamole</i>	97
COSENTYX.....	25	<i>desmopressin ace spray refrig</i> ...	86	<i>disopyramide phosphate</i>	49
COSENTYX (300 MG		<i>desmopressin acetate</i>	86	<i>disulfiram</i>	121
DOSE).....	25	<i>desmopressin acetate spray</i>	86	DIURIL.....	56
COSENTYX		<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	67	<i>divalproex sodium</i>	109
SENSOREADY (300 MG).....	25	<i>desonide</i>	133, 134	<i>divalproex sodium er</i>	109
COSENTYX		<i>desoximetasone</i>	134	<i>dofetilide</i>	49
SENSOREADY PEN.....	25	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	117	Dolishale.....	67
COSENTYX UNOREADY...	25	<i>dexamethasone</i>	82	<i>donepezil hcl</i>	115
CREON.....	89	DEXAMETHASONE		DOPTELET.....	96
CRESEMBA.....	41	INTENSOL.....	82	<i>dorzolamide hcl</i>	98
CRINONE.....	83	<i>dexamethasone sodium</i>		<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	98
<i>cromolyn sodium</i>	92, 98, 105	<i>phosphate</i>	100	DOVATO.....	44
CROTAN.....	129	DEXCOM G6 RECEIVER....	85	<i>doxazosin mesylate</i>	94
Cryelle-28.....	66	DEXCOM G6 SENSOR.....	85	<i>doxepin hcl</i>	117, 122, 132
CURAE.....	66	DEXCOM G6		<i>doxercalciferol</i>	60
<i>cvs ivermectin lice treatment</i> ...	129	TRANSMITTER.....	85	<i>doxycycline hyclate</i>	48
<i>cvs lice treatment</i>	129	DEXCOM G7 RECEIVER....	85	<i>doxycycline monohydrate</i>	48
<i>cyanocobalamin</i>	60	DEXCOM G7 SENSOR.....	85	<i>dronabinol</i>	88
Cyclafem 1/35.....	66	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	127	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> ..	67
Cyclafem 7/7/7.....	66	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	127	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ..	67
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	112	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	127	DROXIA.....	95
<i>cyclophosphamide</i>	19	<i>dextroamphetamine sulfate er</i> ..	127	DUAVEE.....	81
<i>cycloserine</i>	39	DIASTIX.....	85	<i>duloxetine hcl</i>	117
<i>cyclosporine</i>	29, 101	<i>diazepam</i>	109	<i>dutasteride</i>	94
<i>cyclosporine modified</i>	29	Diazepam Intensol.....	109	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	94
<i>cyproheptadine hcl</i>	103	<i>diclofenac potassium</i>	30	<i>econazole nitrate</i>	132
Cyred Eq.....	66	<i>diclofenac sodium</i>	30, 100, 135	ECONTRA ONE-STEP.....	67
CYSTAGON.....	86	<i>diclofenac sodium er</i>	30	EDURANT.....	37
CYSTARAN.....	101	<i>diclofenac-misoprostol</i>	36	<i>efavirenz</i>	37
<i>dalfampridine er</i>	113	<i>dicloxacillin sodium</i>	48	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> ..	44
<i>danazol</i>	81	<i>dicyclomine hcl</i>	87	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i> ...	44
<i>dantrolene sodium</i>	113	DIFICID.....	46	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> ..	44
<i>dapsone</i>	48	<i>diflorasone diacetate</i>	134	Effer-K.....	59
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	93	<i>diflunisal</i>	36	ELESTRIN.....	81
<i>darunavir</i>	37	<i>difluprednate</i>	100	<i>eletriptan hydrobromide</i>	123
Dasetta 1/35.....	66	<i>digoxin</i>	56	ELIGARD.....	19
Dasetta 7/7/7.....	66	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ...	123	Elinest.....	67
Daysee.....	66	DILANTIN.....	109	ELIQUIS.....	95
DAYVIGO.....	122	<i>diltiazem hcl</i>	53	ELIQUIS DVT/PE	
Deblitane.....	66	<i>diltiazem hcl er</i>	53	STARTER PACK.....	95
<i>deferiprone</i>	63	<i>diltiazem hcl er beads</i>	53	ELITE-OB.....	60
DELSTRIGO.....	44	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ...	53	ELLA.....	67
Delyla.....	67	<i>dilt-xr</i>	53	ELMIRON.....	95
<i>demeclocycline hcl</i>	48	<i>dimethyl fumarate</i>	113	Eluryng.....	67

EMCYT.....	19	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	67	<i>fluocinonide</i>	134
EMGALITY.....	124	<i>etodolac</i>	30	<i>fluorouracil</i>	135
EMGALITY (300 MG DOSE).....	123	<i>etodolac er</i>	30	<i>fluoxetine hcl</i>	117, 118
<i>emtricitabine</i>	37	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	67	<i>fluphenazine hcl</i>	120
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	44, 45	<i>etoposide</i>	23	<i>flurbiprofen</i>	30
EMTRIVA.....	37	<i>etravirine</i>	37	<i>flurbiprofen sodium</i>	100
EMVERM.....	40	EUCRISA.....	135	<i>fluticasone propionate</i>	105, 134
<i>enalapril maleate</i>	58	EVAMIST.....	82	<i>fluticasone-salmeterol</i>	105
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>everolimus</i>	21, 29	<i>fluvastatin sodium</i>	51
ENBREL.....	25, 27	EVOTAZ.....	45	<i>fluvastatin sodium er</i>	51
ENBREL MINI.....	27	EVRYSDI.....	128	<i>fluvoxamine maleate</i>	118
ENBREL SURECLICK.....	27	<i>exemestane</i>	20	<i>fluvoxamine maleate er</i>	118
ENCARE.....	93	<i>ezetimibe</i>	50	<i>folic acid</i>	60
Endocet.....	31	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	51	<i>fondaparinux sodium</i>	95
Enilloring.....	67	Falmina.....	68	<i>formoterol fumarate</i>	104
<i>enoxaparin sodium</i>	95	<i>famciclovir</i>	42	FOSAMAX PLUS D.....	61
Enpresse-28.....	67	<i>famotidine</i>	87	<i>fosamprenavir calcium</i>	37
Enskyce.....	67	FC2 FEMALE CONDOM.....	68	<i>fosfomycin tromethamine</i>	40
<i>entacapone</i>	112	<i>febuxostat</i>	36	<i>fosinopril sodium</i>	58
<i>entecavir</i>	36	<i>felbamate</i>	109	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	55
ENTRESTO.....	59	<i>felodipine er</i>	53	FOSRENOL.....	62
<i>enulose</i>	91	FEMCAP.....	68	FRAGMIN.....	95
EPCLUSA.....	46	<i>fenofibrate</i>	50	<i>frovatriptan succinate</i>	124
EPIDIOLEX.....	109	<i>fenofibrate micronized</i>	50	<i>furosemide</i>	56
<i>epinastine hcl</i>	98	<i>fenofibric acid</i>	50	Fyavolv.....	82
<i>epinephrine</i>	102	<i>fenopropfen calcium</i>	30	FYLNETRA.....	96
Epitol.....	109	<i>fentanyl</i>	32	<i>gabapentin</i>	109
<i>eplerenone</i>	49	<i>fentanyl citrate</i>	31	<i>galantamine hydrobromide</i>	115
<i>ergotamine-caffeine</i>	124	FERRIPROX.....	63	<i>galantamine hydrobromide er</i>	115
<i>erlotinib hcl</i>	21	FERRIPROX TWICE-A-DAY.....	63	<i>gatifloxacin</i>	99
Errin.....	67	<i>fesoterodine fumarate er</i>	93	GAVILYTE-C.....	91
<i>ery</i>	130	FETZIMA.....	117	Gavilyte-G.....	91
Ery-Tab.....	46	FETZIMA TITRATION.....	117	<i>gemfibrozil</i>	50
ERYTHROCIN STEARATE.....	46	FIASP.....	79	Gemmily.....	68
<i>erythromycin</i>	99, 130	FIASP FLEXTOUCH.....	79	<i>generlac</i>	91
<i>erythromycin base</i>	46	FIASP PENFILL.....	79	Gengraf.....	29
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	46	FINACEA.....	135	GENOTROPIN.....	83
<i>escitalopram oxalate</i>	117	<i>finasteride</i>	94	GENOTROPIN MINIQUICK.....	83
<i>esomeprazole magnesium</i>	90	<i> fingolimod hcl</i>	113	<i>gentamicin sulfate</i>	99, 131
Estarylla.....	67	Finzala.....	68	GENVOYA.....	45
<i>estazolam</i>	123	<i>flecainide acetate</i>	49	<i>glatiramer acetate</i>	113
<i>estradiol</i>	81	FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL.....	107	Glatopa.....	113
<i>estradiol valerate</i>	81	<i>fluconazole</i>	41	GLEOSTINE.....	19
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	82	<i>fludrocortisone acetate</i>	82	<i>glimepiride</i>	80
ESTROGEL.....	82	<i>flunisolide</i>	105	<i>glipizide</i>	81
<i>eszopiclone</i>	123	<i>fluocinolone acetonide</i>	134, 136	<i>glipizide er</i>	80
<i>ethacrynic acid</i>	56	<i>fluocinolone acetonide body</i>	134	<i>glipizide-metformin hcl</i>	78
<i>ethambutol hcl</i>	39	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	134	GLUCAGEN HYPOKIT.....	63
<i>ethosuximide</i>	109			<i>glucagon emergency</i>	63

<i>glycopyrrolate</i>	87	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	87	<i>isosorbide mononitrate er</i>	58
GLYXAMBI	61	<i>hydrocortisone butyrate</i>	134	<i>isotretinoin</i>	130
<i>goodsense aspirin</i>	36	<i>hydrocortisone valerate</i>	134	<i>isradipine</i>	53
<i>goodsense nicotine</i>	121	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	136	<i>itraconazole</i>	41
<i>granisetron hcl</i>	88	<i>hydromet</i>	107	<i>ivermectin</i>	40, 129
<i>griseofulvin microsize</i>	41	<i>hydromorphone hcl</i>	32, 33	Jaimiess	68
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	41	<i>hydromorphone hcl er</i>	32	JAKAFI	22
<i>guaifenesin-codeine</i>	106	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	28	Jantoven	96
<i>guanfacine hcl</i>	59	<i>hydroxyurea</i>	24	JANUMET	61
<i>guanfacine hcl er</i>	127	<i>hydroxyzine hcl</i>	103	JANUMET XR	61
GYNAZOLE-1	94	<i>hydroxyzine pamoate</i>	103	JANUVIA	61
HAEGARDA	28	HYQVIA	28	JARDIANCE	61
Hailey 1.5/30	68	HYRIMOZ	26	Jasmiel	68
Hailey 24 Fe	68	HYRIMOZ-CROHNS/UC		Jencycla	69
Hailey Fe 1.5/30	68	STARTER	26	Jinteli	82
Hailey Fe 1/20	68	HYRIMOZ-PED	26	Jolessa	69
<i>halobetasol propionate</i>	134	HYRIMOZ-PED>/=40KG		Joyeaux	69
Haloette	68	CROHN START	26	Juleber	69
<i>haloperidol</i>	120	HYRIMOZ-PLAQUE		Junel 1.5/30	69
<i>haloperidol lactate</i>	120	PSORIASIS START	26	Junel 1/20	69
HARVONI	46, 47	<i>ibandronate sodium</i>	61	Junel Fe 1.5/30	69
Heather	68	IBRANCE	24	Junel Fe 1/20	69
<i>heparin sodium (porcine)</i>	95	<i>ibuprofen</i>	30	Junel Fe 24	69
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	96	<i>icatibant acetate</i>	28	Kaitlib Fe	69
HER STYLE	68	Iclevia	68	Kalliga	69
HETLIOZ	123	<i>icosapent ethyl</i>	50	Kariva	69
HUMIRA (2 PEN)	25, 27	ILEVRO	100	Kelnor 1/35	69
HUMIRA (2 SYRINGE)		<i>imatinib mesylate</i>	21	Kelnor 1/50	69
.....	25, 27, 28	IMBRUVICA	21, 22	KERENDIA	64
HUMIRA-CD/UC/HS		<i>imipramine hcl</i>	118	<i>ketoconazole</i>	132
STARTER	26	<i>imipramine pamoate</i>	118	<i>ketorolac tromethamine</i>	30, 100
HUMIRA-PED	26	<i>imiquimod</i>	135	KETOSTIX	85
HUMIRA-PED>/=40KG		Incassia	68	Klor-Con	60
CROHNS START	26	<i>indapamide</i>	56	Klor-Con 10	59
HUMIRA-		INLYTA	22	Klor-Con M15	59
PSORIASIS/UEVIT		INTELENCE	37	Kurvelo	69
STARTER	26	INTRAROSA	86	KYLEENA	69
HUMULIN R U-500		Introvale	68	<i>labetalol hcl</i>	52
(CONCENTRATED)	79	IOPIDINE	98	<i>lacosamide</i>	109
HUMULIN R U-500		<i>ipratropium bromide</i>	102	LACRISERT	101
KWIKPEN	79	<i>ipratropium-albuterol</i>	104	<i>lactulose</i>	91
<i>hydralazine hcl</i>	59	<i>irbesartan</i>	49	<i>lamivudine</i>	36, 38
<i>hydrochlorothiazide</i>	56	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>lamivudine-zidovudine</i>	45
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	107	ISENTRESS	38	<i>lamotrigine</i>	109, 110
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	32	ISENTRESS HD	38	<i>lamotrigine er</i>	109
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>		Isibloom	68	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	110
.....	107	<i>isoniazid</i>	39, 40	<i>lamotrigine starter kit-green</i> ...	110
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	32	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	58	<i>lamotrigine starter kit-orange</i> .	110
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	32	<i>isosorbide dinitrate</i>	58	<i>lancets</i>	85
<i>hydrocortisone</i>	82, 89, 134	<i>isosorbide mononitrate</i>	58	<i>lancing device</i>	85

<i>lansoprazole</i>	90	Levoxyl.....	63	<i>meclizine hcl</i>	88
Larin 1.5/30.....	70	<i>lice treatment</i>	129	<i>meclofenamate sodium</i>	30
Larin 1/20.....	70	<i>lidocaine</i>	131	MEDROL.....	82
Larin 24 Fe.....	70	<i>lidocaine hcl</i>	129, 131	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	71, 83
Larin Fe 1.5/30.....	70	<i>lidocaine hcl urethrallmucosal</i>	131	<i>mefenamic acid</i>	30
Larin Fe 1/20.....	70	<i>lidocaine viscous hcl</i>	129	<i>mefloquine hcl</i>	42
<i>latanoprost</i>	98	<i>lidocaine-prilocaine</i>	131	<i>megestrol acetate</i>	20, 83
Layolis Fe.....	70	LILETTA (52 MG).....	70	MEKINIST.....	23
Leena.....	70	<i>linezolid</i>	40	<i>meloxicam</i>	30
<i>leflunomide</i>	28	LINZESS.....	92	<i>melphalan</i>	19
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	22	<i>liothyronine sodium</i>	63	<i>memantine hcl</i>	115
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	22	<i>lisinopril</i>	58	<i>memantine hcl er</i>	115
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	22	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	55	MENEST.....	82
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	22	<i>lithium</i>	128	<i>meprobamate</i>	114
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	22	<i>lithium carbonate</i>	128	<i>mercaptopurine</i>	20
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	22	<i>lithium carbonate er</i>	128	Merzee.....	71
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	22	LO LOESTRIN FE.....	71	<i>mesalamine</i>	89
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	22	Loestrin 1.5/30 (21).....	71	<i>mesalamine er</i>	89
Lessina.....	70	Loestrin 1/20 (21).....	71	<i>mesalamine-cleanser</i>	89
<i>letrozole</i>	20	Loestrin Fe 1.5/30.....	71	MESNEX.....	20
<i>leucovorin calcium</i>	20	Loestrin Fe 1/20.....	71	<i>metaxalone</i>	113
LEUKERAN.....	19	Lojaimiess.....	71	<i>metformin hcl</i>	78
<i>leuprolide acetate</i>	20	<i>loperamide hcl</i>	92	<i>metformin hcl er</i>	78
<i>levalbuterol hcl</i>	104	<i>lopinavir-ritonavir</i>	45	<i>methadone hcl</i>	33
<i>levalbuterol tartrate</i>	104	<i>lorazepam</i>	114	Methadone Hcl Intensol.....	33
LEVEMIR.....	79	LORBRENA.....	22	Methadose.....	33
LEVEMIR FLEXTOUCH....	79	Loryna.....	71	<i>methamphetamine hcl</i>	127
<i>levetiracetam</i>	110	<i>losartan potassium</i>	49	<i>methazolamide</i>	56
<i>levetiracetam er</i>	110	<i>losartan potassium-hctz</i>	55	<i>methenamine hippurate</i>	40
<i>levobunolol hcl</i>	98	<i>loteprednol etabonate</i>	100	<i>methimazole</i>	63
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> ..	103	<i>lovastatin</i>	51	<i>methocarbamol</i>	113
<i>levofloxacin</i>	46	Low-Ogestrel.....	71	<i>methotrexate sodium</i>	20, 28
Levonest.....	70	<i>loxapine succinate</i>	120	<i>methoxsalen rapid</i>	132
<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	70	Lo-Zumandimine.....	71	<i>methscopolamine bromide</i>	87
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> ...	70	<i>lubiprostone</i>	92	<i>methsuximide</i>	110
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i> ...	70	LUCEMYRA.....	125	<i>methylphenidate hcl</i>	128
<i>levonorgestrel</i>	70	<i>luliconazole</i>	132	<i>methylphenidate hcl er</i>	128
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	70	LUMIGAN.....	98	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	127
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	70	<i>lurasidone hcl</i>	120	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	127
Levora 0.15/30 (28).....	70	Lutera.....	71	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> ..	128
<i>levorphanol tartrate</i>	33	Lyleq.....	71	<i>methylprednisolone</i>	82
<i>levothyroxine sodium</i>	63	LYNPARZA.....	24	<i>metoclopramide hcl</i>	88
		LYSODREN.....	20	<i>metolazone</i>	56
		Lyza.....	71	<i>metoprolol succinate er</i>	53
		<i>malathion</i>	129	<i>metoprolol tartrate</i>	53
		<i>maraviroc</i>	38	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	54
		<i>marlissa</i>	71	<i>metronidazole</i>	40, 48, 94, 135
		MARPLAN.....	118	Mibelas 24 Fe.....	71
		MATULANE.....	19	<i>miconazole 3</i>	94
		Matzim La.....	54		

Microgestin 1.5/30.....	71	<i>nebivolol hcl</i>	53	<i>norethindrone acetate</i>	83
Microgestin 1/20.....	72	Necon 0.5/35 (28).....	72	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> ... 73	
Microgestin 24 Fe.....	72	<i>nefazodone hcl</i>	118	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	82
Microgestin Fe 1.5/30.....	72	<i>neomycin sulfate</i>	40	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> ... 73	
Microgestin Fe 1/20.....	72	<i>neomycin-bacitracin zn-</i>		<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	73
<i>midodrine hcl</i>	59	<i>polymyx</i>	99	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	73
MIFEPREX.....	86	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>		<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> ... 73	
<i>mifepristone</i>	86	.....	100	Norlyroc.....	73
<i>miglitol</i>	78	<i>neomycin-polymyxin-</i>		NORPACE CR.....	49
Mili.....	72	<i>gramicidin</i>	99	Nortrel 0.5/35 (28).....	73
Mimvey.....	82	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	100, 136	Nortrel 1/35 (21).....	73
<i>minocycline hcl</i>	48	NEUPRO.....	112	Nortrel 7/7/7.....	73
<i>minoxidil</i>	59	NEVANAC.....	101	<i>nortriptyline hcl</i>	118, 119
MIRCERA.....	96	<i>nevirapine</i>	38	NORVIR.....	38
MIRENA (52 MG).....	72	<i>nevirapine er</i>	38	NOVOFINE PEN NEEDLE..	85
<i>mirtazapine</i>	118	NEW DAY.....	72	NOVOLIN 70/30.....	79
<i>misoprostol</i>	92	NEXIUM.....	90	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN..	79
<i>modafinil</i>	125	NEXPLANON.....	72	NOVOLIN N.....	80
<i>moexipril hcl</i>	58	NEXTSTELLIS.....	72	NOVOLIN N FLEXPEN.....	79
<i>mometasone furoate</i>	105, 135	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> ..	52	NOVOLIN R.....	80
Mono-Linyah.....	72	<i>nicardipine hcl</i>	54	NOVOLIN R FLEXPEN.....	80
<i>montelukast sodium</i>	102	<i>nicotine</i>	122	NOVOLOG.....	80
<i>morphine sulfate</i>	34	<i>nicotine polacrilex</i>	121	NOVOLOG FLEXPEN.....	80
<i>morphine sulfate (concentrate)</i> ..	33	<i>nicotine step 3</i>	122	NOVOLOG MIX 70/30.....	80
<i>morphine sulfate er</i>	33, 34	NICOTROL.....	122	NOVOLOG MIX 70/30	
MOTOFEN.....	92	NICOTROL NS.....	122	FLEXPEN.....	80
MOVANTIK.....	92	<i>nifedipine er</i>	54	NOVOLOG PENFILL.....	80
<i>moxifloxacin hcl</i>	46, 99	<i>nifedipine er osmotic release</i>	54	NUBEQA.....	20
<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	99	Nikki.....	72	NUCALA.....	101, 106
MULTAQ.....	49	<i>nimodipine</i>	54	Nyamyc.....	132
<i>mupirocin</i>	131	<i>nisoldipine er</i>	54	Nylia 1/35.....	73
MY CHOICE.....	72	<i>nitazoxanide</i>	48	Nylia 7/7/7.....	73
MY WAY.....	72	<i>nitisinone</i>	61	Nymyo.....	73
MYALEPT.....	84	NITRO-BID.....	58	<i>nystatin</i>	41, 129, 132
<i>mycophenolate mofetil</i>	29	NITRO-DUR.....	58	<i>nystatin-triamcinolone</i>	132
<i>mycophenolate sodium</i>	29	<i>nitrofurantoin</i>	41	Nystop.....	132
MYRBETRIQ.....	93	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> 41, 48		NYVEPRIA.....	97
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	91	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> ..	41	Ocella.....	73
<i>nabumetone</i>	30	<i>nitroglycerin</i>	59	<i>octreotide acetate</i>	62, 86
<i>nadolol</i>	53	NIVESTYM.....	96, 97	ODOMZO.....	24
<i>naftifine hcl</i>	132	<i>nizatidine</i>	87	OFEV.....	102
<i>naloxone hcl</i>	114	Nora-Be.....	72	<i>ofloxacin</i>	46, 99, 136
<i>naltrexone hcl</i>	114	NORDIPEN 5 INJECTION		<i>olanzapine</i>	120
<i>naproxen</i>	30	DEVICE.....	83	<i>olmesartan medoxomil</i>	49
<i>naratriptan hcl</i>	124	NORDIPEN DELIVERY		<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	55
NARCAN.....	114	SYSTEM.....	83	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	55
NATACYN.....	99	NORDITROPIN FLEXPRO..	83	<i>olopatadine hcl</i>	98, 103
NATAZIA.....	72	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	72	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	50
<i>nateglinide</i>	80	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	72, 73	<i>omeprazole</i>	90
NAYZILAM.....	110	<i>norethindrone</i>	73		

<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	90	<i>paromomycin sulfate</i>	40	POMALYST.....	24
OMNARIS.....	105	<i>paroxetine hcl</i>	119	Portia-28.....	74
OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	73	<i>paroxetine hcl er</i>	119	<i>posaconazole</i>	41
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5).....	85	PAXLOVID (150/100).....	42	<i>potassium chloride</i>	60
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).....	85	PAXLOVID (300/100).....	42	<i>potassium chloride crys er</i>	60
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	85	PEDIATRIC PANDA MASK.....	107	<i>potassium chloride er</i>	60
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	85	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	91	<i>potassium citrate er</i>	95
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	85	<i>peg-3350lectrolytes</i>	91	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	112
<i>ondansetron</i>	88	PEGASYS.....	47	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	112
<i>ondansetron hcl</i>	88	<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	91	<i>prasugrel hcl</i>	97
OPCICON ONE-STEP.....	73	PEG-PREP.....	91	<i>pravastatin sodium</i>	51
OPTION 2.....	74	<i> penciclovir</i>	136	<i>praziquantel</i>	41
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE.....	93	<i>penicillamine</i>	63	<i>prazosin hcl</i>	49
Oralene.....	129	<i>penicillin v potassium</i>	48	PRECISION XTRA KETONE.....	85
ORAVIG.....	130	<i>pentamidine isethionate</i>	41	<i>prednisolone</i>	82
ORENITRAM.....	57	<i>pentoxifylline er</i>	97	<i>prednisolone acetate</i>	101
ORENITRAM MONTH 1.....	57	<i>perindopril erbumine</i>	58	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	83, 101
ORENITRAM MONTH 2.....	57	Periogard.....	130	<i>prednisone</i>	83
ORENITRAM MONTH 3.....	57	<i>permethrin</i>	129	PREDNISONE INTENSOL..	83
ORFADIN.....	61	<i>perphenazine</i>	121	<i>pregabalin</i>	110
ORLISSA.....	81	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	125, 126	PREMARIN.....	82
<i>orphenadrine citrate er</i>	113	<i>phenelzine sulfate</i>	119	Prevalite.....	52
Orsythia.....	74	<i>phenobarbital</i>	110	Previfem.....	74
<i>oseltamivir phosphate</i>	42	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	59	PREZCOBIX.....	45
OSPHENA.....	86	<i>phenylephrine hcl</i>	101	PREZISTA.....	38
OTEZLA.....	28	<i>phenytoin</i>	110	PRIFTIN.....	40
<i>oxaprozin</i>	30	Phenytoin Infatabs.....	110	<i>primaquine phosphate</i>	42
<i>oxazepam</i>	114	<i>phenytoin sodium extended</i>	110	<i>primidone</i>	110
<i>oxcarbazepine</i>	110	PHEXXI.....	93	<i>probenecid</i>	36
<i>oxiconazole nitrate</i>	132	Philith.....	74	<i>prochlorperazine</i>	88
<i>oxybutynin chloride</i>	93	PHOSPHOLINE IODIDE.....	98	<i>prochlorperazine maleate</i>	88
<i>oxybutynin chloride er</i>	93	Physiolyte.....	101	Proctozone-Hc.....	87
<i>oxycodone hcl</i>	34, 35	Physiosol Irrigation.....	101	<i>progesterone</i>	83
<i>oxycodone hcl er</i>	34	PIFELTRO.....	38	<i>promethazine hcl</i>	88
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	35	<i>pilocarpine hcl</i>	98, 130	<i>promethazine-codeine</i>	107
<i>oxymorphone hcl</i>	35	<i>pimozide</i>	126	<i>promethazine-dm</i>	107
<i>oxymorphone hcl er</i>	35	Pimtrea.....	74	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	107
Pacerone.....	49	<i>pindolol</i>	53	<i>promethazine-phenylephrine</i>	107
<i>paliperidone er</i>	121	<i>pioglitazone hcl</i>	80	Promethegan.....	88
<i>pantoprazole sodium</i>	90	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	78	PROMETHEGAN.....	88
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER..	74	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> ..	78	<i>propafenone hcl</i>	50
<i>paricalcitol</i>	60	<i>pirfenidone</i>	102	<i>propafenone hcl er</i>	49
		<i>piroxicam</i>	30	<i>proparacaine hcl</i>	101
		PLENVU.....	91	<i>propranolol hcl</i>	53
		<i>podofilox</i>	136	<i>propranolol hcl er</i>	53
		Polycin.....	99	<i>propylthiouracil</i>	63
		<i>polyethylene glycol 3350</i>	91		
		<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	99		

<i>protriptyline hcl</i>	119	RUXIENCE.....	24	Sprintec 28.....	74
<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	107	RYCLORA.....	103	SPRYCEL.....	23
<i>pyrazinamide</i>	40	RYDAPT.....	24	SPS.....	61
<i>pyridostigmine bromide</i>	129	SANCUSO.....	88	Sronyx.....	75
<i>pyridostigmine bromide er</i>	128	SANDIMMUNE.....	29	Ssd.....	131
<i>pyrimethamine</i>	41	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	84	STELARA.....	27, 28
<i>quetiapine fumarate</i>	121	SAVELLA.....	129	STIVARGA.....	23
<i>quetiapine fumarate er</i>	121	SAVELLA TITRATION		STRIVERDI RESPIMAT....	104
<i>quinapril hcl</i>	58	PACK.....	129	SUBLOCADE.....	29
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	55	<i>sb lice treatment</i>	129	SUCRAID.....	89
<i>quinine sulfate</i>	42	<i>scopolamine</i>	88	<i>sucralfate</i>	92
QVAR REDIHALER.....	106	<i>selegiline hcl</i>	112	SUFLAVE.....	92
<i>rabeprazole sodium</i>	90	<i>selenium sulfide</i>	132	<i>sulconazole nitrate</i>	132
<i>raloxifene hcl</i>	86	SELZENTRY.....	39	<i>sulfacetamide sodium</i>	99, 100
<i>ramelteon</i>	123	SEREVENT DISKUS.....	104	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	130
<i>ramipril</i>	58	<i>sertraline hcl</i>	119	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	100
<i>ranolazine er</i>	59	Setlakin.....	74	<i>sulfadiazine</i>	40
<i>rasagiline mesylate</i>	112	<i>sevelamer carbonate</i>	62	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	41
REACT.....	74	Sharobel.....	74	SULFAMILYLON.....	131
Reclipsen.....	74	SHUR-SEAL		<i>sulfasalazine</i>	89
RECTIV.....	136	CONTRACEPTIVE.....	93	<i>sulindac</i>	30
REGRANEX.....	131	SIGNIFOR.....	86	<i>sumatriptan</i>	124
RELENZA DISKHALER.....	42	<i>sildenafil citrate</i>	57	<i>sumatriptan succinate</i>	124
REMODULIN.....	57	<i>silodosin</i>	94	<i>sumatriptan succinate refill</i>	124
<i>repaglinide</i>	80	<i>silver sulfadiazine</i>	131	<i>sumatriptan-naproxen sodium</i> ..	124
REPATHA.....	52	SIMBRINZA.....	99	<i>sunitinib malate</i>	23
REPATHA PUSHTRONEX		Simliya.....	74	SUNOSI.....	125
SYSTEM.....	51	Simpesse.....	74	SUTAB.....	92
REPATHA SURECLICK.....	52	<i>simvastatin</i>	51	Syeda.....	75
RETACRIT.....	97	<i>sirolimus</i>	29	SYMLINPEN 120.....	78
REVLIMID.....	24	SIRTURO.....	40	SYMLINPEN 60.....	78
REXULTI.....	121	SKYLA.....	74	SYNAREL.....	86
REYATAZ.....	39	SKYRIZI.....	27	SYNJARDY.....	62
<i>ribavirin</i>	42, 47	SKYRIZI PEN.....	27	SYNJARDY XR.....	62
<i>rifabutin</i>	40	<i>sleep-aid</i>	123	SYNTHROID.....	63
<i>rifampin</i>	40	SLYND.....	74	TABLOID.....	20
<i>riluzole</i>	129	<i>sm nicotine</i>	122	<i>tacrolimus</i>	29, 136
<i>rimantadine hcl</i>	42	<i>sodium chloride</i>	108, 131	<i>tadalafil</i>	94
RINVOQ.....	27	<i>sodium fluoride</i>	60	<i>tadalafil (pah)</i>	57
<i>risedronate sodium</i>	61	<i>sodium phenylbutyrate</i>	84	TAFINLAR.....	23
<i>risperidone</i>	121	<i>solifenacin succinate</i>	93	<i>tafluprost (pf)</i>	99
<i>ritonavir</i>	39	SOMATULINE DEPOT.....	62	TAGRISSO.....	23
<i>rivastigmine</i>	115	SOMAVERT.....	86	TAKE ACTION.....	75
<i>rivastigmine tartrate</i>	115	<i>sotalol hcl</i>	50	<i>tamoxifen citrate</i>	20
Rivelsa.....	74	<i>sotalol hcl (af)</i>	53	<i>tamsulosin hcl</i>	95
<i>rizatriptan benzoate</i>	124	SOVALDI.....	47	Tarina 24 Fe.....	75
<i>roflumilast</i>	108	<i>spinosad</i>	129	Tarina Fe 1/20 Eq.....	75
<i>ropinirole hcl</i>	112	SPIRIVA RESPIMAT.....	102	Taysofy.....	75
<i>rosuvastatin calcium</i>	51	<i>spironolactone</i>	56	<i>tazarotene</i>	132
<i>rufinamide</i>	110	<i>spironolactone-hctz</i>	56	TAZORAC.....	132

Taztia Xt.....	54	<i>tranylcypromine sulfate</i>	119	TYVASO REFILL.....	57
<i>telmisartan</i>	49	<i>travoprost (bak free)</i>	99	TYVASO STARTER.....	57
<i>telmisartan-amlodipine</i>	55	<i>trazodone hcl</i>	119	UBRELVY.....	124
<i>telmisartan-hctz</i>	55	TRECTOR.....	40	Unithroid.....	63
<i>temazepam</i>	123	TRELEGY ELLIPTA.....	104	<i>urinary pain relief</i>	95
<i>temozolomide</i>	19	TRESIBA.....	80	<i>ursodiol</i>	92
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	39	TRESIBA FLEXTOUCH.....	80	<i>valacyclovir hcl</i>	43
<i>terazosin hcl</i>	95	<i>tretinoin</i>	24, 130	<i>valganciclovir hcl</i>	43
<i>terbinafine hcl</i>	41	<i>tretinoin microsphere</i>	130	<i>valproic acid</i>	111
<i>terbutaline sulfate</i>	104	<i>tretinoin microsphere pump</i>	130	<i>valsartan</i>	49
<i>terconazole</i>	94	<i>triamcinolone acetonide</i>		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	55
<i>testosterone</i>	64	.....	105, 130, 135	<i>vancomycin hcl</i>	41
<i>testosterone cypionate</i>	64	<i>triamterene</i>	56	<i>varenicline tartrate</i>	122
<i>testosterone enanthate</i>	64	<i>triamterene-hctz</i>	56	<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	122
<i>tetrabenazine</i>	128, 129	<i>triazolam</i>	123	VARUBI (180 MG DOSE).....	89
<i>tetracycline hcl</i>	48	Tri-Estarylla.....	75	VCF VAGINAL	
THALOMID.....	24	<i>trifluoperazine hcl</i>	121	CONTRACEPTIVE.....	93
<i>theophylline</i>	108	<i>trifluridine</i>	100	VELIVET.....	76
<i>theophylline er</i>	108	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	112	VELPHORO.....	62
<i>thioridazine hcl</i>	121	TRIKAFTA.....	106, 108	VEMLIDY.....	37
<i>thiothixene</i>	121	Tri-Legest Fe.....	75	VENCLEXTA.....	21
<i>tiagabine hcl</i>	110	Tri-Linyah.....	75	VENCLEXTA STARTING	
Tilia Fe.....	75	Tri-Lo-Estarylla.....	75	PACK.....	21
<i>timolol maleate</i>	53, 99	Tri-Lo-Marzia.....	75	<i>venlafaxine hcl</i>	120
<i>timolol maleate (once-daily)</i>	99	Tri-Lo-Mili.....	75	<i>venlafaxine hcl er</i>	120
<i>tinidazole</i>	40	Tri-Lo-Sprintec.....	75	VENTAVIS.....	58
<i>tiotropium bromide</i>		<i>trimethobenzamide hcl</i>	89	<i>verapamil hcl</i>	54
<i>monohydrate</i>	102	<i>trimethoprim</i>	48	<i>verapamil hcl er</i>	54
Tis-U-Sol.....	101	Tri-Mili.....	75	VERZENIO.....	23
TIVICAY.....	39	<i>trimipramine maleate</i>	119	Vestura.....	76
TIVICAY PD.....	39	TRINTELLIX.....	120	V-GO 20.....	85
<i>tizanidine hcl</i>	113	Tri-Nymyo.....	75	V-GO 30.....	85
TOBRADEX.....	100	Tri-Sprintec.....	75	V-GO 40.....	86
TOBRADEX ST.....	100	TRIUMEQ.....	45	VICTOZA.....	77
<i>tobramycin</i>	100, 106	TRIUMEQ PD.....	45	Vienna.....	76
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	100	Trivora (28).....	76	<i>vigabatrin</i>	111
TODAY SPONGE.....	93	Tri-Vylibra.....	76	<i>vilazodone hcl</i>	120
<i>tolmetin sodium</i>	30	Tri-Vylibra Lo.....	76	VIOKACE.....	90
<i>tolterodine tartrate</i>	94	<i>tropicamide</i>	101	<i>viorele</i>	76
<i>tolterodine tartrate er</i>	94	<i>trospium chloride</i>	94	VIRACEPT.....	39
<i>tolvaptan</i>	86	<i>trospium chloride er</i>	94	VIREAD.....	39
<i>topiramate</i>	110, 111	TRULICITY.....	77	VISTOGARD.....	24
<i>toremifene citrate</i>	20	TUKYSA.....	23	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	61
<i>torseamide</i>	56	Turqoz.....	76	VITRAKVI.....	23
<i>tramadol hcl</i>	35	TWIRLA.....	76	Volnea.....	76
<i>tramadol hcl er</i>	35	TYBLUME.....	76	VOLTAREN.....	136
<i>tramadol-acetaminophen</i>	35	TYBOST.....	39	VOLTAREN ARTHRITIS	
<i>trandolapril</i>	58	Tydemy.....	76	PAIN.....	136
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	55	TYMLOS.....	62	<i>voriconazole</i>	42
<i>tranexamic acid</i>	97	TYVASO.....	57	VOSEVI.....	47

Vyfemla.....	76	ZONTIVITY.....	97
Vylibra.....	76	Zovia 1/35 (28).....	77
<i>warfarin sodium</i>	96	Zumandimine.....	77
Wera.....	76		
<i>westab max</i>	61		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
60.....	76		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
65.....	76		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
70.....	77		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
75.....	77		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
80.....	77		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
85.....	77		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
90.....	77		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM			
95.....	77		
Wymzya Fe.....	77		
XARELTO.....	96		
XARELTO STARTER			
PACK.....	96		
XCOPRI.....	111		
XCOPRI (250 MG DAILY			
DOSE).....	111		
XCOPRI (350 MG DAILY			
DOSE).....	111		
XIFAXAN.....	41		
XTANDI.....	20		
Xulane.....	77		
XULTOPHY.....	78		
YOSPRALA.....	97		
Yuvafem.....	82		
Zafemy.....	77		
<i>zafirlukast</i>	102		
<i>zaleplon</i>	123		
Zarah.....	77		
ZENPEP.....	90		
Zenzedi.....	128		
ZERVATE.....	98		
<i>zidovudine</i>	39		
<i>zileuton er</i>	106		
<i>ziprasidone hcl</i>	121		
<i>zolmitriptan</i>	125		
<i>zolpidem tartrate</i>	123		
<i>zolpidem tartrate er</i>	123		
<i>zonisamide</i>	111		