

Plan para tener la mejor salud

Plan Aetna Health Exchange: FL

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. 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.

Índice

INFORMATIONAL SECTION.....	4
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL CÁNCER.....	14
AGENTES INMUNOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO.....	20
ANALGÉSICOS – MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN.....	25
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES.....	32
CARDIOVASCULARES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS Y DEL SISTEMA CIRCULATORIO.....	47
COMPLEMENTOS NUTRICIONALES – VITAMINAS Y SUPLEMENTOS.....	57
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS.....	58
GASTROINTESTINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y EL ESTÓMAGO.....	84
GENITOURINARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES GENITALES Y DEL TRACTO URINARIO.....	90
HEMATOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE.....	92
OFTÁLMICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OJOS.....	95
OTROS.....	98
RESPIRATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS.....	99
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO.....	105
TÓPICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS.....	125

Cómo utilizar esta guía

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

Su plan incluye lo siguiente:

- Medicamentos genéricos y de marca que son seleccionados por su calidad y efectividad.
- 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 seguras y gratuitas.
- Una farmacia con entregas a domicilio que entrega medicamentos de mantenimiento en su hogar o donde usted elija (para los medicamentos que generalmente se toman para tratar afecciones como la diabetes o el asma).

Qué puede esperar pagar:

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

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

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

Los servicios cubiertos se basan en los medicamentos que se enumeran en la guía de medicamentos. Excluimos los medicamentos con receta que no aparezcan en la guía de medicamentos, a menos que aprobemos una excepción médica. Si es medicamento necesario para usted utilizar un medicamento con receta que no aparece en esta guía de medicamentos, usted o su proveedor deben solicitar una excepción médica.

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

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

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

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

Visite el sitio web que aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Luego, inicie sesión en su cuenta, en donde puede hacer lo siguiente:

- Encontrar información sobre la cobertura* y el costo estimado de medicamentos específicos.
- Consultar sus deducibles y los límites del plan.
- Hacer pedidos de medicamentos.
- Verificar el estado de los pedidos de su farmacia.

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

- 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 controlarlo durante su tratamiento. Con este tipo de farmacia, puede recibir este medicamento directamente en su hogar.

Cómo comenzar con una farmacia especializada

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

- **Para transferir su receta**, simplemente llámenos sin cargo al [1-866-353-1892](tel:1-866-353-1892) (TTY: [711](tel:1-866-353-1892)).
- **Para obtener una receta nueva**, su médico puede enviárnosla de una de estas tres formas:
 1. **De manera electrónica:** Mediante prescripción electrónica
 2. **Fax:** [1-800-323-2445](tel:1-800-323-2445)
 3. **Teléfono:** [1-800-237-2767](tel:1-800-237-2767) (TTY: [711](tel:1-800-237-2767))

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

Farmacia de servicio por correo CVS Caremark™

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

Comience ahora mismo

Puede presentar su pedido mediante alguna de las siguientes opciones:

1. **En línea:** visite el sitio web seguro para miembros e inicie sesión en su cuenta. Allí puede agregar o quitar sus recetas.
2. **Por teléfono:** llámenos sin cargo, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al [1-888-792-3862](tel: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](tel:1-877-833-2779) (TTY: [711](tel:1-877-833-2779)).
3. **Por correo:** obtenga una receta nueva de su médico. Luego, envíenos la receta con un formulario de pedido completo. Puede encontrar el formulario en el sitio web seguro para miembros. La dirección de correo postal se encuentra en el formulario.

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

1. **En línea:** puede enviar sus recetas mediante los servicios de prescripción electrónica en nuestro sitio web de proveedores.
2. **Por fax:** puede enviar la receta por fax al [1-877-270-3317](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. Solo un médico puede enviar una receta por fax.

Preguntas frecuentes

¿Cómo puedo ahorrar dinero en las recetas?

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

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

¿Qué es la certificación previa/autorización previa (PA)?

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

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

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

¿Qué es el tratamiento escalonado (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 el medicamento de requisito previo primero, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento de tratamiento escalonado.

¿Qué son los límites de cantidad (QL)?

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

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

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

En algunos casos, usted o la persona autorizada a emitir recetas pueden solicitar una excepción médica para los requisitos de la certificación previa, el tratamiento escalonado o los límites de cantidad, o para un medicamento que su plan no cubre. Puede solicitar que

se acelere su solicitud. Las decisiones de cobertura aceleradas se toman dentro de las 24 horas.

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

¿Cómo puede su proveedor solicitar una excepción médica?

- Envíe su solicitud mediante nuestro sitio web seguro de proveedores en www.availity.com.
- Llame a la unidad de 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

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T)

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

¿El formulario puede cambiar durante el año?

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

- Se aprueban nuevos medicamentos.
- Medicamentos existentes se retiran del mercado.

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

Aviso de no discriminación comercial, sección 1557

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad 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 usted considera que nosotros no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos en función de alguna de las clases protegidas mencionadas anteriormente, puede presentar una queja ante el coordinador de Derechos Civiles a través de las siguientes vías:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de CA: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817 (TTY: 711),
Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de CA: 860-262-7705),
CRCoordinator@aetna.com.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en: 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)**.

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

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፣ በመታወቂያዎች ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ፡ ፡
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Armenian	Ձեր նախընտրած լեզվով ավստիճակը խորհրդատվություն ստանալու համար գանգահարեք 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 lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Cherokee	ႠႣ႗Ⴂ ႱႣ႗Ⴃ႗Ⴃ ႣႣႣႣႣႣ Ⴃ ႣႣႣႣ ႣႣႣႣႣႣ ႣႣ, ႣႣႣႣႣႣ ႣႣႣ ႣႣႣႣ ႣႣႣႣႣႣ ႣႣႣႣႣႣ ႣႣႣႣႣႣ ႣႣႣႣႣႣ.
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 kv t chi holisso kallo iskitini holhtena takanli ma i payah
Chuukese	Ren omw kopwe angei anininis eman chon awewei (ese kamé), kopwe kéeri 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 'ōlelo 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 obula, 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	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်တၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ် လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢနကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အီၤအဂီၢ်, 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 دەسپێرێ گەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی (ID) کارتێ خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໃບທາງເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डावरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Ñan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjeļok wōņean ñan kwe, kwōn kallok nōm̄ba eo ilo kaat in ID eo am̄.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áa ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bááh ílínígóó naaltsoos bee atah níłjigo 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 kwoɾ yin ran de wëër de thokic ke cìn wëu kor keek tënɔŋ yin. Ke yin cɔl ran ye koc kuony në namba de abac tö në ID kard duɔn de tiit de nyin de panakim köu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.

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.



Requisitos y límites de cobertura

AL = Límite de edad

FLO = ST (opioide de liberación inmediata, IR, antes que opioide de liberación extendida, ER), no aplica a planes individuales. En conformidad con los Estatutos de Florida, § 627.64195, no aplica a productos opioides disuasivos del abuso cubiertos por pólizas de seguros de salud individuales.

IBC = Cobertura basada en indicaciones

N7 = Nivel del medicamento cuando no aplica la excepción de copago

N8 = Cobertura específica para medicamentos

PA = Autorización previa

QL = Límite de cantidad

QLR = Restricción del límite de cantidad según la edad

ST = Tratamiento escalonado

Nivel del medicamento

CE = Excepción de copago: disponible sin costo para algunos miembros con una receta de su proveedor cuando se obtiene en una farmacia dentro de la red. Es posible que se apliquen ciertas limitaciones.

NP* = No preferidos

NPSP = Especializados no preferidos

PB = De marca preferidos

PG = Genéricos preferidos

PSP = Especializados preferidos

lowercase italics = Generic drugs

UPPERCASE = Brand name drugs

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>	CE	N7 (PG)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG (<i>estramustine phosphate sodium</i>)	CE	N7 (PSP)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (<i>lomustine</i>)	CE	N7 (PSP)
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG (<i>chlorambucil</i>)	CE	N7 (PB)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG (<i>procarbazine hcl</i>)	CE	N7 (PSP)
<i>melphalan oral tablet 2 mg</i>	CE	N7 (PG)
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 20 mg, 250 mg, 5 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	CE	N7 (PG); N8 (\$0 copay for ages 35 and older for the primary prevention of breast cancer); AL (Min 35 Years)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	CE	N7 (PG)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	PSP	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate (4 month)</i>)	PSP	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	PSP	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	PSP	PA
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	CE	N7 (NP); N8 (\$0 copay for ages 35 and older for the primary prevention of breast cancer); AL (Min 35 Years)
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	CE	N7 (PG)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	PSP	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG (<i>mitotane</i>)	CE	N7 (PB)
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	CE	N7 (PG)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG (<i>darolutamide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	CE	N7 (PG); N8 (\$0 copay for ages 35 and older for the primary prevention of breast cancer); AL (Min 35 Years)
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	CE	N7 (PG)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 CAPSULES per 30 DAYs)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (<i>enzalutamide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	CE	N7 (PG)
MESNEX ORAL TABLET 400 MG (<i>mesna</i>)	CE	N7 (PSP)
ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine oral tablet 150 mg, 500 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	CE	N7 (PG)
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	PG	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (<i>thioguanine</i>)	CE	N7 (PB)
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE BCL-2		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG (<i>venetoclax</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (<i>venetoclax</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG (<i>venetoclax</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (1 PACK per 28 days)
INHIBIDORES DE LA QUINASA		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>allectinib hcl</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (240 CAPSULES per 30 DAYs)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (<i>cabozantinib s-malate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (<i>vandetanib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (<i>vandetanib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 5 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (21 CAPSULES per 28 DAYs)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (21 TABLETS per 28 DAYs)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (<i>ibrutinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML (<i>ibrutinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (216 ML per 36 DAYs)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG (<i>ibrutinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (<i>axitinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (240 TABLETS per 30 DAYs)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (<i>axitinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG (<i>lenvatinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (<i>lorlatinib</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (<i>lorlatinib</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (12 BOTTLES per 28 DAYs)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG (<i>midostaurin</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (224 CAPSULES per 28 DAYs)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (<i>dasatinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG (<i>dasatinib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (<i>regorafenib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (84 TABLETS per 28 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG (<i>dabrafenib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 CAPSULES per 30 DAYS)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG (<i>dabrafenib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (4 BOTTLES per 28 DAYS)
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (<i>osimertinib mesylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG (<i>tucatinib</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG (<i>abemaciclib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (56 TABLETS per 28 DAYS)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (60 CAPSULES per 30 DAYS)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (180 CAPSULES per 30 DAYS)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>larotrectinib sulfate</i>)	CE	PA; N7 (NPSP); QL (300 ML per 30 DAYS)
INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA		
<i>etoposide oral capsule 50 mg</i>	CE	N7 (PG)
MODIFICADORES DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (<i>pomalidomide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (21 CAPSULES per 28 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>lenalidomide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (28 CAPSULES per 28 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (<i>lenalidomide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (21 CAPSULES per 28 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML (<i>rituximab-pvvr</i>)	NP*	PA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (<i>thalidomide</i>)	PSP	PA; QL (28 CAPSULES per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (<i>thalidomide</i>)	PSP	PA; QL (56 CAPSULES per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VARIOS		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	CE	N7 (PG)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>olaparib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG (<i>sonidegib phosphate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	CE	N7 (PG)
VISTOGARD ORAL PACKET 10 GM (<i>uridine triacetate</i>)	PSP	QL (20 PACKETS per 5 DAYs)
AGENTES INMUNOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS (AUTOADMINISTRADOS)		
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML (<i>tocilizumab</i>)	NPSP	PA; QL (4 SYRINGES per 28 days)
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector 40 mg/0.4ml</i>	PSP	PA; QL (4 PENS per 28 DAYs)
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	PSP	PA; QL (4 SYRINGES per 28 DAYs)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (300 MG per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (300 MG per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 PEN per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 SYRINGE per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 SYRINGE per 28 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML (<i>secukinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 PEN per 28 DAYs)
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (4 CARTRIDGES per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (8 VIALS per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (8 SYRINGES per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (4 SYRINGES per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	PSP	PA; QL (4 SYRINGES per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 DAYs)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (4 PENS per 28 Days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 kit per 28 days)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYs)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 days)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 DAYs)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 Days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 PEN per 28 Days)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 KIT per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 KIT per 28 days)
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 KIT per 28 days)
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML (<i>adalimumab</i>)	PSP	PA; QL (1 KIT per 28 days)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	PSP	PA; QL (4 PENS per 28 DAYs)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	PSP	PA; QL (2 PENS per 28 days)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.1 ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	PSP	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>)	PSP	PA; QL (4 SYRINGES per 28 DAYs)
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab-adaz</i>)	PSP	PA; N8 (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>)	PSP	PA; N8 (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>)	PSP	PA; N8 (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>)	PSP	PA; N8 (Starter pack - initial dose only); QL (1 KIT per 28 DAYs)
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG (<i>apremilast</i>)	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (<i>apremilast</i>)	PSP	PA; QL (55 TABLETS per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG (<i>upadacitinib</i>)	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (<i>upadacitinib</i>)	PSP	PA; N8 (Use only for induction); QL (1 FILL per 1 INDUCTION PERIOD)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	PSP	PA; QL (1 SYRINGE per 84 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	PSP	PA; QL (1 CARTRIDGE per 56 DAYS)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>risankizumab-rzaa</i>)	PSP	PA; QL (1 SYRINGE per 84 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML (<i>ustekinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 VIAL per 84 DAYS)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (<i>ustekinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 SYRINGE per 84 DAYS)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	PSP	PA; QL (1 SYRINGE per 56 DAYS)
ANGIOEDEMA HEREDITARIO		
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT, 3000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	NPSP	PA; QL (20 VIALS per 30 DAYS)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	PSP	PA; QL (45 SYRINGES per 90 days)
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	CE	N7 (PG)
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) – MEDICAMENTOS PARA LA ARTRITIS REUMATOIDEA		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PG	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOGLOBULINA		
HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML (<i>immune globulin-hyaluronidase</i>)	PSP	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML (<i>interferon gamma-1b</i>)	NPSP	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG (<i>rilonacept</i>)	PSP	PA; QL (8 VIALS per 28 days)
INMUNOSUPRESORES		
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	PG	
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	PG	
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	PG	
<i>cyclosporine modified (Gengraf Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg)</i>	PG	
<i>cyclosporine modified (Gengraf Oral Solution 100 Mg/ML)</i>	PG	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	PG	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	PG	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	PG	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cyclosporine</i>)	NP*	
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	PG	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS – MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN		
AGONISTAS PARCIALES DE LOS OPIOIDES		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/1hr, 5 mcg/1hr, 7.5 mcg/1hr</i>	PG	ST; QL (4 PATCHES per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 15 mcg/1hr, 20 mcg/1hr</i>	PG	PA; ST
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.5ML, 300 MG/1.5ML (<i>buprenorphine</i>)	PSP	
AINE		
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	PG	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	PG	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>fenoprofen calcium oral tablet 600 mg</i>	NP*	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	PG	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	PG	
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	NP*	QL (20 TABLETS per 30 days)
<i>meclofenamate sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	NP*	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	PG	N8 (Listing does not include certain NDCs)
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	PG	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	PG	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	PG	
<i>tolmetin sodium oral capsule 400 mg</i>	PG	
<i>tolmetin sodium oral tablet 600 mg</i>	PG	
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
<i>acetaminophen-codeine #2 oral tablet 300-15 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (400 TABLETS per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine #4 oral tablet 300-60 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (2700 ML per 30 days)
<i>butorphanol tartrate nasal solution 10 mg/ml</i>	NP*	QL (2 BOTTLES per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (42 TABLETS per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	NP*	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (42 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg)</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 2.5-325 Mg, 5-325 Mg)</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (360 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>oxycodone-acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet 7.5-325 Mg)	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i> 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	NP*	PA; QL (120 LOZENGES per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i> 100 mcg/1hr, 50 mcg/1hr, 75 mcg/1hr	NP*	PA; ST
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i> 12 mcg/1hr, 25 mcg/1hr	NP*	ST; QL (10 PATCHES per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour</i> 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	PG	ST; QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour</i> 50 mg	PG	PA; ST
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent</i> 100 mg, 120 mg	PG	PA; ST; FLO (ST (immediate release (IR) opioid before extended release (ER) opioid) does not apply to Individual plans.)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent</i> 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	PG	ST; FLO (ST (immediate release (IR) opioid before extended release (ER) opioid) does not apply to Individual plans.); QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution</i> 7.5-325 mg/15ml	NP*	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (2700 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet</i> 10-325 mg, 7.5-325 mg	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet</i> 5-325 mg	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg</i>	PG	ST; N8 (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>	NP*	ST; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour 32 mg</i>	NP*	PA; ST
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 4 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 2 mg</i>	NP*	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>levorphanol tartrate oral tablet 3 mg</i>	NP*	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>methadone hcl (Methadone Hcl Intensol Oral Concentrate 10 Mg/ML)</i>	PG	ST; QL (45 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	PG	QL (30 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	PG	ST; QL (225 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	ST; QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	PG	ST; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	PG	ST; QL (90 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>methadone hcl oral tablet soluble 40 mg</i>	PG	QL (9 TABLETS per 30 days)
<i>methadone hcl (Methadose Oral Tablet Soluble 40 Mg)</i>	PG	QL (9 TABLETS per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	PG	ST; N8 (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>	PG	PA; ST
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	PG	ST; QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (900 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 30 mg</i>	PG	ST; N8 (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>	PG	ST; FLO (ST (immediate release (IR) opioid before extended release (ER) opioid) does not apply to Individual plans.); QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 40 mg, 80 mg</i>	PG	PA; ST; FLO (ST (immediate release (IR) opioid before extended release (ER) opioid) does not apply to Individual plans.)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 CAPSULES per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	NP*	ST; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 300 mg</i>	NP*	PA; ST
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (40 TABLETS per 30 days)
COMBINACIONES DE AINE		
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</i>	PG	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg</i>	NP*	
GOTA		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	NP*	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	PG	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	PG	ST
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	PG	
INHIBIDORES DE COX-2		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	NP*	
SALICILATOS		
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members at risk for preeclampsia, otherwise not covered); QL (100 TABLETS per 30 days)
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members at risk for preeclampsia, otherwise not covered); QL (100 TABLETS per 30 days)
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	PSP	
BARACLUDGE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML (<i>entecavir</i>)	PSP	PA; QL (630 ML per 30 days)
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	PG	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG (<i>tenofovir alafenamide fumarate</i>)	NP*	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>	PG	QL (900 ML per 30 DAYs)
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG (<i>tipranavir</i>)	PB	QL (120 CAPSULES per 30 DAYs)
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>tipranavir</i>)	PB	QL (285 ML per 28 DAYs)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG (<i>indinavir sulfate</i>)	PB	QL (450 CAPSULES per 30 DAYs)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 400 MG (<i>indinavir sulfate</i>)	PB	QL (180 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (<i>rilpivirine hcl</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG (<i>emtricitabine</i>)	NP*	QL (30 CAPSULES per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>emtricitabine</i>)	PB	QL (680 ML per 28 days)
EPIVIR ORAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>lamivudine</i>)	NP*	QL (960 ML per 30 days)
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG (<i>lamivudine</i>)	NP*	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
EPIVIR ORAL TABLET 300 MG (<i>lamivudine</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG (<i>enfuvirtide</i>)	PSP	QL (60 VIALS per 30 DAYs)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG (<i>etravirine</i>)	NP*	QL (120 TABLETS per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG (<i>etravirine</i>)	NP*	QL (60 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (<i>etravirine</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG (<i>saquinavir mesylate</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (60 PACKETS per 30 DAYs)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	PG	QL (960 ML per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML (<i>fosamprenavir calcium</i>)	PB	QL (1575 ML per 28 DAYs)
LEXIVA ORAL TABLET 700 MG (<i>fosamprenavir calcium</i>)	NP*	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	PG	QL (1200 ML per 30 DAYs)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG (<i>ritonavir</i>)	PB	QL (360 PACKETS per 30 DAYs)
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML (<i>ritonavir</i>)	PB	QL (480 ML per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
NORVIR ORAL TABLET 100 MG (<i>ritonavir</i>)	NP*	QL (360 TABLETS per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG (<i>doravirine</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML (<i>darunavir</i>)	PB	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (<i>darunavir</i>)	PB	QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG (<i>darunavir</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir</i>)	PB	QL (300 TABLETS per 30 DAYs)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG (<i>darunavir</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG (<i>delavirdine mesylate</i>)	PB	
RETROVIR ORAL CAPSULE 100 MG (<i>zidovudine</i>)	NP*	QL (180 CAPSULES per 30 DAYs)
RETROVIR ORAL SYRUP 50 MG/5ML (<i>zidovudine</i>)	NP*	QL (1920 ML per 30 days)
REYATAZ ORAL CAPSULE 150 MG, 300 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	NP*	QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	NP*	QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	PB	QL (180 PACKETS per 30 DAYs)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	PG	QL (360 TABLETS per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG (<i>fostemsavir tromethamine</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>maraviroc</i>)	PB	QL (1840 ML per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG (<i>maraviroc</i>)	NP*	QL (60 TABLETS per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG (<i>maraviroc</i>)	PB	QL (240 TABLETS per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SELZENTRY ORAL TABLET 300 MG (<i>maraviroc</i>)	NP*	QL (120 TABLETS per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG (<i>maraviroc</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG (<i>lenacapavir sodium</i>)	PB	QL (4 TABLETS per 2 DAYs)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 5 X 300 MG (<i>lenacapavir sodium</i>)	PB	QL (5 TABLETS per 8 DAYs)
SUSTIVA ORAL CAPSULE 200 MG, 50 MG (<i>efavirenz</i>)	NP*	QL (90 CAPSULES per 30 DAYs)
SUSTIVA ORAL TABLET 600 MG (<i>efavirenz</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG (<i>dolutegravir sodium</i>)	PB	QL (240 TABLETS per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (<i>dolutegravir sodium</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG (<i>dolutegravir sodium</i>)	PB	QL (360 TABLETS per 30 DAYs)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG (<i>cobicistat</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG (<i>didanosine</i>)	PB	
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM (<i>didanosine</i>)	PB	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	PB	QL (300 TABLETS per 30 DAYs)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	PB	QL (240 GRAMS per 30 DAYs)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
VIREAD ORAL TABLET 300 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
ZIAGEN ORAL SOLUTION 20 MG/ML (<i>abacavir sulfate</i>)	NP*	QL (900 ML per 30 DAYs)
ZIAGEN ORAL TABLET 300 MG (<i>abacavir sulfate</i>)	NP*	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	PG	QL (180 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	PG	QL (1920 ML per 30 days)
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
AGENTES ANTITUBERCULOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	NP*	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	PG	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	PG	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (<i>rifapentine</i>)	PB	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	NP*	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	PG	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (<i>bedaquiline fumarate</i>)	NPSP	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG (<i>ethionamide</i>)	PB	
ANTIBACTERIANOS – VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	PG	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	PG	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	PG	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NP*	
ANTIHELMÍNTICOS: MEDICAMENTOS PARA LA INFECCIÓN POR PARÁSITOS		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	NP*	QL (336 TABLETS per 365 DAYs)
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>	NP*	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (<i>mebendazole</i>)	NP*	QL (12 TABLETS per 365 DAYs)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	PG	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	PG	QL (24 TABLETS per 365 DAYs)
ANTIMICÓTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES CAUSADAS POR HONGOS		
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	NP*	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	PG	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	NP*	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	NP*	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	NP*	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	NP*	PA
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	NP*	PA
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	PG	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	PG	PA
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	NP*	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	PG	
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	NP*	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	NP*	PA
ANTIPALÚDICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	NP*	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG (artemether-lumefantrine)	NP*	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	NP*	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg, 26.3 mg</i>	PG	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	NP*	
ANTIVIRALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VIRALES		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	PG	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	PG	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	PG	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	NP*	
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	PG	QL (40 CAPSULES per 90 DAYs)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	PG	QL (20 CAPSULES per 90 DAYs)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	PG	QL (360 ML per 90 DAYs)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG (nirmatrelvir-ritonavir)	NP*	QL (40 TABLETS per 30 DAYs)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG (nirmatrelvir-ritonavir)	NP*	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT (zanamivir)	PB	QL (2 INHALERS per 90 Days)
<i>ribavirin inhalation solution reconstituted 6 gm</i>	PG	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	PG	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	PSP	PA; QL (1000 ML per 30 DAYs)
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	PSP	PA; QL (120 TABLETS per 30 days)
CEFALOSPORINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>cefactor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	PG	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	PG	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>	PG	
<i>cefдинир oral capsule 300 mg</i>	PG	
<i>cefдинир oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	PG	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	NP*	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	NP*	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	NP*	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
COMBINACIÓN DE AGENTES ANTIRRETROVIRALES – MEDICAMENTOS PARA SUPRIMIR LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG (<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 days)
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG (<i>bictegravir-emtricitab-tenofov</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
COMBIVIR ORAL TABLET 150-300 MG (<i>lamivudine-zidovudine</i>)	NP*	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG (<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG (<i>doravirin-lamivudin-tenofov df</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	PB	N8 (Exception process available for \$0 copay when medically necessary for pre-exposure prophylaxis); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG (<i>dolutegravir-lamivudine</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 Days)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	CE	N7 (PG); N8 (\$0 copay for pre-exposure prophylaxis); QL (30 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EPZICOM ORAL TABLET 600-300 MG (<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG (<i>atazanavir-cobicistat</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG (<i>dolutegravir-rilpivirine</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	NP*	QL (480 ML per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	PB	QL (300 TABLETS per 30 days)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	PG	QL (480 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	PG	QL (300 TABLETS per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG (<i>emtricitab-rilpivir-tenofov af</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG (<i>darunavir-cobicistat</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofdf</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG (<i>efavirenz-lamivudine-tenofov</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 days)
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG (<i>efavirenz-lamivudine-tenofov</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG (<i>darun-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG (<i>abacavir-dolutegravir-lamivudine</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG (<i>abacavir-dolutegravir-lamivudine</i>)	PB	QL (180 TABLETS per 30 DAYs)
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG (<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>)	NP*	QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG (<i>emtricitabine-tenofovir df</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 days)
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	PG	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	PG	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	PG	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML (<i>fidaxomicin</i>)	PB	PA
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (<i>fidaxomicin</i>)	PB	PA
<i>erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet Delayed Release 250 Mg, 333 Mg, 500 Mg)</i>	PG	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG (<i>erythromycin stearate</i>)	PG	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	PG	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	PG	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FLUOROQUINOLONAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG (<i>delafloxacin meglumine</i>)	NP*	
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%) (<i>ciprofloxacin</i>)	NP*	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	PG	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	NP*	
<i>ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	PG	
HEPATITIS C		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	NP*	PA; QL (28 PELLETS per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	NP*	PA; QL (28 TABLETS per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	NP*	PA; QL (28 PELLETS per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	NP*	PA; QL (28 TABLETS per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	PSP	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	PSP	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	PG	PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	PG	PA
SOVALDI ORAL PACKET 150 MG, 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	NPSP	PA; ST; QL (28 PELLETS per 28 DAYs)
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>sofosbuvir</i>)	NPSP	PA; ST; QL (28 TABLETS per 28 DAYs)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG (<i>sofosbuv-velpatasv-voxilaprev</i>)	NP*	PA; QL (28 TABLETS per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PENICILINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	PG	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	PG	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	PG	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	PG	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	PG	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	PG	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	PG	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	PG	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
TETRACICLINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>avidoxy oral tablet 100 mg</i>	PG	
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	NP*	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	PG	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	PG	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	PG	QL (120 CAPSULES per 30 days)
VARIOS		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML (<i>nitazoxanide</i>)	NP*	QL (540 ML per 30 days)
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	NP*	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	PG	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	PG	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	PG	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	PG	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	PG	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	NP*	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	PG	QL (20 TABLETS per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	PG	PA; N8 (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 50 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	NP*	PA; AL (Max 70 Years)
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	PG	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	NP*	PA
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	PG	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	NP*	QL (80 CAPSULES per 10 DAYs)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (<i>rifaximin</i>)	PB	QL (9 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (<i>rifaximin</i>)	PB	PA
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>	PG	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	NP*	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	NP*	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
ANTIARRÍTMICOS – MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR EL RITMO CARDÍACO		
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	PG	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	NP*	PA
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	PG	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG (<i>dronedarone hcl</i>)	NP*	PA
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG (<i>disopyramide phosphate</i>)	PB	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 200 Mg)	PG	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

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>	PG	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	PG	
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>	PG	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	PG	
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	PG	N8 (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>	NP*	
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	PG	
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg, 150 mg</i>	PG	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	PG	
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	PG	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	PG	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ABSORCIÓN DEL COLESTEROL: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	PG	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA/COMBINACIONES: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	CE	N7 (PG); AL (Min 40 Years and Max 75 Years)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	PG	N8 (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>	PG	
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	CE	N7 (PG); AL (Min 40 Years and Max 75 Years)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	PG	ST; N8 (Exception process available for \$0 copay for members age 40 through 75 when medically necessary for primary prevention of cardiovascular disease)
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE PCSK9: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML (<i>evolocumab</i>)	PSP	PA; QL (1 CARTRIDGE per 28 DAYs)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	PSP	PA; QL (3 SYRINGES per 28 DAYs)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	PSP	PA; QL (3 PENS per 28 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTILIPÉMICOS, RESINAS DE ÁCIDO BILIAR: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	PG	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	PG	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	PG	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	PG	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	PG	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	PG	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	PG	
<i>cholestyramine light (Prevalite Oral Powder 4 Gm/Dose)</i>	PG	
ANTILIPÉMICOS, VARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	
BETA BLOQUEANTES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	PG	
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	NP*	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	PG	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl coated beads (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg)</i>	PG	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	PG	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)</i>	PG	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	PG	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	PG	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl er beads (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg)</i>	PG	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	PG	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	PG	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	PG	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	PG	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	PG	
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA ECA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	PG	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	PG	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	PG	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	PG	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	PG	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	PG	
COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	PG	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	NP*	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	PG	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	PG	
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	PG	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	NP*	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	NP*	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	NP*	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	PG	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	PG	
DIURÉTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	PG	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	PG	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	PG	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML (chlorothiazide)	NP*	
ethacrynic acid oral tablet 25 mg	NP*	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	PG	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	PG	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	PG	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	PG	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	PG	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	PG	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	PG	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	PG	
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	PG	
torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	PG	
triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg	PG	
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	PG	
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	PG	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
digoxin oral solution 0.05 mg/ml	PG	
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg, 62.5 mcg	PG	
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 (riociguat)	NPSP	PA; QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	PSP	PA
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	PSP	PA
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 0.125 & 0.25 & 1 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	PSP	PA
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>treprostinil diolamine</i>)	PSP	PA
REMODULIN INJECTION SOLUTION 100 MG/20ML, 20 MG/20ML, 200 MG/20ML, 50 MG/20ML (<i>treprostinil</i>)	NPSP	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	PSP	PA; QL (360 TABLETS per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	NPSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
TYVASO INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostinil</i>)	PSP	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYS)
TYVASO REFILL INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostinil</i>)	PSP	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYS)
TYVASO STARTER INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostinil</i>)	PSP	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYS)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML (<i>iloprost</i>)	PSP	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>	PG	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	PG	
INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA/COMBINACIONES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	PG	
INSUFICIENCIA CARDÍACA		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML (<i>ivabradine hcl</i>)	PB	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (<i>ivabradine hcl</i>)	PB	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (<i>sacubitril-valsartan</i>)	PB	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	PG	
NITRATOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	PG	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2% (<i>nitroglycerin</i>)	NP*	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	PB	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	PG	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	PG	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VARIOS		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	PG	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	NP*	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	PG	
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule 10 mg</i>	PSP	PA; QL (360 CAPSULES per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	PG	ST
COMPLEMENTOS NUTRICIONALES – VITAMINAS Y SUPLEMENTOS		
ELECTROLITOS		
<i>potassium bicarbonate (Effer-K Oral Tablet Effervescent 25 Meq)</i>	PG	
<i>potassium chloride (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release 10 Meq)</i>	PG	
<i>potassium chloride crys er (Klor-Con M15 Oral Tablet Extended Release 15 Meq)</i>	PG	
<i>potassium chloride (Klor-Con Oral Tablet Extended Release 8 Meq)</i>	PG	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	PG	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	PG	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	PG	
<i>potassium chloride oral solution 10 %</i>	NP*	
<i>potassium chloride oral solution 40 meq/15ml (20%)</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	CE	N7 (Not Covered); AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride oral tablet 1.1 (0.5 f) mg</i>	CE	N7 (Not Covered); AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	PG	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 0.55 (0.25 f) mg, 1.1 (0.5 f) mg</i>	CE	N7 (Not Covered); AL (Max 5 Years)
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 2.2 (1 f) mg</i>	PG	
VITAMINAS – VITAMINAS Y SUPLEMENTOS		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	PG	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	PG	
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	PG	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	PG	
<i>folic acid oral capsule 0.8 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (100 CAPSULES per 30 DAYs); AL (Max 55 Years)
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	PG	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (100 TABLETS per 30 DAYs); AL (Max 55 Years)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	PG	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 50000 unit</i>	PG	
<i>westab max oral tablet 2.5-25-2 mg</i>	PG	
VITAMINAS PRENATALES		
<i>ELITE-OB ORAL TABLET 50-1.25 MG (prenatal vit-iron carbonyl-fa)</i>	PG	
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	PG	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	PG	
<i>alogliptin benzoate oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	NP*	ST

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet 12.5-1000 mg, 12.5-500 mg</i>	PG	ST
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	NP*	ST
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/lact</i>	PG	
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)	NP*	ST
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (<i>empagliflozin-linagliptin</i>)	PB	ST
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	NP*	
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	PB	ST
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	PB	ST
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>sitagliptin phosphate</i>)	PB	ST
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (<i>empagliflozin</i>)	PB	ST
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PSP	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG (<i>nitisinone</i>)	PSP	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (<i>nitisinone</i>)	PSP	PA
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 30 mg, 35 mg, 5 mg</i>	NP*	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	NP*	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML (<i>sodium polystyrene sulfonate</i>)	PG	
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	PB	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>)	PB	ST
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML (<i>abaloparatide</i>)	PSP	PA; QL (1 PEN per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ACROMEGALIA: MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES QUE CAUSAN CRECIMIENTO EXCESIVO		
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	PSP	PA; QL (90 ML per 30 days)
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>	PSP	PA; QL (45 ML per 30 days)
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>	PSP	PA; QL (225 ML per 30 days)
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	PSP	PA; QL (90 ML per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML (<i>lanreotide acetate</i>)	PSP	PA; QL (1 INJECTION per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (<i>pegvisomant</i>)	PSP	PA; QL (30 VIALS per 30 DAYs)
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LOS NIVELES DE CALCIO Y FÓSFORO		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	PG	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	PG	
FOSRENOL ORAL PACKET 1000 MG, 750 MG (<i>lanthanum carbonate</i>)	NP*	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	PG	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	NP*	
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	NP*	
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL BAJO NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG (<i>glucagon hcl (rdna)</i>)	PB	
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES QUELANTES		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG (<i>succimer</i>)	NP*	
<i>deferiprone oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	PSP	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>deferiprone</i>)	PSP	PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET 1000 MG (<i>deferiprone</i>)	PSP	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	PSP	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>	PG	
<i>levothyroxine sodium (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)</i>	PG	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	PG	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	PG	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (<i>levothyroxine sodium</i>)	PB	
<i>levothyroxine sodium (Unithroid Oral Tablet 100 Mcg, 112 Mcg, 125 Mcg, 200 Mcg, 25 Mcg, 300 Mcg, 50 Mcg, 75 Mcg, 88 Mcg)</i>	PG	
AGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE HORMONA LUTEINIZANTE (LHRH)		
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML (<i>nafarelin acetate</i>)	NPSP	PA
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE CALCIO		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	PSP	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>	PG	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	PG	PA
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/lact (2%), 25 mg/2.5gm (1%)</i>	PG	PA
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR MINERALOCORTICOIDE: MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ASOCIADA CON LA DIABETES TIPO 2		
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>finerenone</i>)	NP*	PA
ANTICONCEPTIVOS – PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
AFTERA ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
AFTERPILL ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (Altavera Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (Amethia Oral Tablet 0.15-0.03 &0.01 Mg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (Amethyst Oral Tablet 90-20 Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
ANNOVERA VAGINAL RING 0.013-0.15 MG/24HR (<i>segesterone-ethinyl estradiol</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 RING per 300 DAYs)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Aranelle Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Ashlyna Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aubra Eq Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aviane Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Ayuna Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Azurette Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Balziva Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Lo Oral Tablet 0.1-0.02 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm arc-spring</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Charlotte 24 Fe Oral Tablet Chewable 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Chateal Eq Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>condoms</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (12 CONDOMS per 25 days)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Cryselle-28 Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
CURAE ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Eq Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Dasetta 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Dasetta 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Daysee Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Deblitane Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Delyla Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (4 INJECTIONS per 300 DAYs)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg</i> (21/5)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	CE	N7 (Not Covered)
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Elinest Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
ELLA ORAL TABLET 30 MG (<i>ulipristal acetate</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Eluryng Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24Hr)	CE	N7 (Not Covered); QL (13 RING per 300 days)
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24Hr)	CE	N7 (Not Covered); QL (13 RINGS per 300 DAYs)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Enpresse-28 Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enskyce Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Errin Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Estarylla Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (13 RING per 300 DAYs)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Falmina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms - female</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (12 CONDOMS per 30 days)
FEMCAP VAGINAL DEVICE 22 MM, 26 MM, 30 MM (<i>cervical caps</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DEVICE per 300 DAYs)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Finzala Oral Tablet Chewable 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Gem mily Oral Capsule 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Hailey 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring 0.12-0.015 Mg/24Hr)	CE	N7 (Not Covered); QL (13 RING per 300 days)
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
HER STYLE ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Iclevia Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Incassia Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Introvale Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Isibloom Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jaimiess Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Jasmiel Oral Tablet 3-0.02 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Jencycla Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jolessa Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i> (Joyeaux Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg(21))	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Juleber Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 24 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Kaitlib Fe Oral Tablet Chewable 0.8-25 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kalliga Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kariva Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	CE	N7 (Not Covered)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/50 Oral Tablet 1-50 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Kurvelo Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYs)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Layolis Fe Oral Tablet Chewable 0.8-25 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Leena Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lessina Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Levonest Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	CE	N7 (Not Covered)
<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>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet 0.1-20 mg-mcg(21)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel oral tablet 1.5 mg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Levora 0.15/30 (28) Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 Days)
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET 1 MG-10 MCG / 10 MCG (<i>norethin-eth estrad-fe biphas</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Lojaimiess Oral Tablet 0.1-0.02 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Loryna Oral Tablet 3-0.02 Mg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Low-Ogestrel Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Lo-Zumandimine Oral Tablet 3-0.02 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lutera Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Lyleq Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Lyza Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (4 INJECTIONS per 300 DAYS)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	CE	N7 (Not Covered); QL (4 INJECTIONS per 300 DAYS)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Merzee Oral Capsule 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mili Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 Days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mono-Linyah Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
MY CHOICE ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
MY WAY ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
NATAZIA ORAL TABLET 3/2-2/2-3/1 MG (<i>estradiol valerate-dienogest</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
NEW DAY ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG (<i>etonogestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 IMPLANT per 300 days)
NEXTSTELLIS ORAL TABLET 3-14.2 MG (<i>drospirenone-estetrol</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Nikki Oral Tablet 3-0.02 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Nora-Be Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule 1-20 mg-mcg(24)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethindrone</i> (Norlyroc Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nortrel 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nylia 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nylia 7/7/7 Oral Tablet 0.5/0.75/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Nymyo Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Ocella Oral Tablet 3-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYS)
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
OPTION 2 ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>copper</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 days)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Philith Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Pimtrea Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Portia-28 Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
REACT ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Reclipsen Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Rivelsa Oral Tablet 42-21-21-7 Days)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Setlakin Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone</i> (Sharobel Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Simliya Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Simpesse Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 INTRAUTERINE DEVICE per 300 DAYS)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (<i>drospirenone</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Sprintec 28 Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Sronyx Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Syeda Oral Tablet 3-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
TAKE ACTION ORAL TABLET 1.5 MG (<i>levonorgestrel</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina 24 Fe Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina Fe 1/20 Eq Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Taysofy Oral Capsule 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tilia Fe Oral Tablet 1-20/1-30/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tri-Legest Fe Oral Tablet 1-20/1-30/1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Linyah Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Mili Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Nymyo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Sprintec Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Trivora (28) Oral Tablet 50-30/75-40/ 125-30 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-25 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Vylibra Oral Tablet 0.18/0.215/0.25 Mg-35 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Turqoz Oral Tablet 0.3-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 120-30 MCG/24HR (<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>)	CE	N7 (Not Covered)
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE 0.1-20 MG-MCG (<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> (Tydemy Oral Tablet 3-0.03-0.451 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG (<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Vestura Oral Tablet 3-0.02 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Vienva Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (Volnea Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol (Vyfemla Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norgestimate-eth estradiol (Vylibra Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol (Wera Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM 2 % (<i>diaphragm wide seal</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 DIAPHRAGM per 300 DAYs)
<i>norethin-eth estradiol-fe (Wymzya Fe Oral Tablet Chewable 0.4-35 Mg-Mcg)</i>	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Xulane Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24Hr)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Zafemy Transdermal Patch Weekly 150-35 Mcg/24Hr)	CE	N7 (Not Covered)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Zovia 1/35 (28) Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Zumandimine Oral Tablet 3-0.03 Mg)	CE	N7 (Not Covered)
ANTIDIABÉTICOS, AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA		
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML (<i>dulaglutide</i>)	PB	ST; QL (4 PENS per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML (<i>liraglutide</i>)	NP*	ST; QL (3 PENS per 30 days)
ANTIDIABÉTICOS, ANÁLOGOS DE LA AMILINA		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML (<i>pramlintide acetate</i>)	NP*	ST
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML (<i>pramlintide acetate</i>)	NP*	ST
ANTIDIABÉTICOS, BIGUANIDA		
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	CE	N7 (PG); AL (Min 35 Years and Max 70 Years)
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIÓN DE AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML (<i>insulin glargine-lixisenatide</i>)	PB	ST

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML (<i>insulin degludec-liraglutide</i>)	NP*	ST
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIÓN DE SENSIBILIZADOR A LA INSULINA/BIGUANIDA		
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIÓN DE SENSIBILIZADOR A LA INSULINA/SULFONILUREA		
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIONES DE BIGUANIDA/SULFONILUREA		
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA GLUCOSIDASA		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, INSULINA		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	NP*	
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	NP*	
ADMELOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin lispro</i>)	NP*	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin glargine</i>)	PB	
BASAGLAR TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin glargine</i>)	PB	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	PB	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	PB	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	PB	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart (w/niacinamide)</i>)	PB	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	PB	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	PB	
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin detemir</i>)	PB	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin detemir</i>)	PB	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	PB	N8 (RELION not covered)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	PB	N8 (RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	PB	N8 (RELION not covered)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	PB	N8 (RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	PB	N8 (RELION not covered)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin regular human</i>)	PB	N8 (RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart</i>)	PB	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart</i>)	PB	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	PB	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	PB	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML (<i>insulin aspart</i>)	PB	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	PB	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	PB	
ANTIDIABÉTICOS, MEGLITINIDA		
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	PG	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	NP*	
ANTIDIABÉTICOS, SENSIBILIZADOR A LA INSULINA		
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	PG	
ANTIDIABÉTICOS, SULFONILUREA		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	PG	
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	PB	
ESTRÓGENOS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS FEMENINAS		
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 0.045-0.015 MG/DAY (<i>estradiol-levonorgestrel</i>)	PB	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL 5 MG/ML (<i>estradiol cypionate</i>)	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG (<i>conj estrogens-bazedoxifene</i>)	PB	
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL 0.52 MG/0.87 GM (0.06%) (<i>estradiol</i>)	NP*	PA; AL (Max 70 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>estradiol oral tablet 2 mg</i>	PG	PA; N8 (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 1.25 mg/1.25gm</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>estradiol transdermal gel 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/gm</i>	PG	PA; N8 (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>	PG	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>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	PG	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	PG	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	PG	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL 0.75 MG/1.25 GM (0.06%) (<i>estradiol</i>)	NP*	PA; AL (Max 70 Years)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION 1.53 MG/SPRAY (<i>estradiol</i>)	NP*	PA; AL (Max 70 Years)
<i>norethindrone-eth estradiol (Fyavolv Oral Tablet 0.5-2.5 Mg-Mcg)</i>	NP*	
<i>norethindrone-eth estradiol (Jinteli Oral Tablet 1-5 Mg-Mcg)</i>	PG	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG (<i>esterified estrogens</i>)	NP*	PA; AL (Max 70 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet (Mimvey Oral Tablet 1-0.5 Mg)</i>	PG	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (<i>estrogens conjugated</i>)	NP*	PA; AL (Max 70 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM (<i>estrogens, conjugated</i>)	NP*	
<i>estradiol</i> (Yuvaferm Vaginal Tablet 10 Mcg)	NP*	
GLUCOCORTICOIDES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA RESPUESTA INFLAMATORIA		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (<i>dexamethasone</i>)	PB	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	PG	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	PG	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	PG	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	PG	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (<i>methylprednisolone</i>)	PB	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	PG	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	PG	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	PG	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml</i>	NP*	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	NP*	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML (<i>prednisone</i>)	PB	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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>)	PSP	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG (<i>somatropin</i>)	PSP	PA
NORDIPEN 5 INJECTION DEVICE (<i>injection device</i>)	PB	
NORDIPEN DELIVERY SYSTEM (<i>injection device</i>)	PB	
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML (<i>somatropin</i>)	PSP	PA
PROGESTINAS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS FEMENINAS		
CRINONE VAGINAL GEL 4 %, 8 % (<i>progesterone</i>)	PB	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	CE	N7 (PG)
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	CE	N7 (NP)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PG	
REEMPLAZOS DE ENZIMAS: MEDICAMENTOS PARA REEMPLAZAR, MODIFICAR O TRATAR		
<i>betaine oral powder</i>	PSP	PA
<i>carglumic acid oral tablet 200 mg</i>	PSP	PA
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	PSP	PA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG (<i>eliglustat tartrate</i>)	PSP	PA; QL (56 CAPSULES per 28 days)
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 11.3 MG (<i>metreleptin</i>)	PSP	PA; QL (30 VIALS per 30 DAYs)
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	PSP	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	PSP	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gmltsp</i>	PSP	PA; QL (798 GM per 30 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	PSP	PA; QL (1200 TABLETS per 30 DAYs)
REGULADORES DE LA FERTILIDAD		
<i>chorionic gonadotropin intramuscular solution reconstituted 10000 unit</i>	PSP	PA
SUMINISTROS PARA LA DIABETES		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	PB	QL (150 TEST STRIPS per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	PB	QL (150 TEST STRIPS per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL IN VITRO LIQUID (<i>blood glucose calibration</i>)	PB	
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	PB	QL (150 TEST STRIPS per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	PB	
<i>alcohol prep pad</i>	PB	
AUTOLET PLATFORMS (<i>lancets misc.</i>)	PB	
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	PB	
CHEMSTRIP 9 IN VITRO STRIP (<i>multiple urine tests</i>)	PB	
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	PB	
DEXCOM G6 SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	PB	QL (3 SENSORS per 25 DAYs)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	PB	
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	PB	
DEXCOM G7 SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	PB	QL (3 SENSORS per 25 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIASTIX IN VITRO STRIP (<i>glucose urine test-glucose ox</i>)	PB	
KETOSTIX IN VITRO STRIP (<i>acetone (urine) test</i>)	PB	
<i>lancets</i>	PB	
<i>lancing device</i>	PB	
NOVOFINE 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	PB	
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	PB	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
PRECISION XTRA KETONE IN VITRO STRIP (<i>ketone blood test</i>)	PB	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
VARIOS		
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	PG	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG (<i>cysteamine bitartrate</i>)	PSP	PA
INTRAROSA VAGINAL INSERT 6.5 MG (<i>prasterone</i>)	NP*	
MIFEPREX ORAL TABLET 200 MG (<i>mifepristone</i>)	NP*	
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	PG	
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG (<i>ospemifene</i>)	NP*	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	CE	N7 (PG); N8 (\$0 copay for ages 35 and older for the primary prevention of breast cancer); AL (Min 35 Years)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML (<i>pasireotide diaspertate</i>)	NPSP	PA; QL (60 AMPULES per 30 DAYS)
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	PSP	PA
VASOPRESINAS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS DE LA HIPÓFISIS		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	PG	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	PG	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	NP*	
GASTROINTESTINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y EL ESTÓMAGO		
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	PG	
<i>hydrocortisone (Proctozone-Hc External Cream 2.5 %)</i>	PG	
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>	PG	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	PG	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	PG	
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	PG	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	PG	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	PG	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	PG	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	NP*	
<i>methscopolamine bromide oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	NP*	PA; AL (Max 70 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	PG	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	PG	
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	PG	
MOTOFEN ORAL TABLET 1-0.025 MG (<i>difenoxin-atropine</i>)	NP*	
ANTIEMÉTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS		
AKYNZEO ORAL CAPSULE 300-0.5 MG (<i>netupitant-palonosetron</i>)	NP*	QL (2 CAPSULES per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	PG	QL (2 CAPSULES per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	PG	QL (3 CAPSULES per 180 DAYs)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	PG	QL (2 PACKS per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	PG	QL (4 CAPSULES per 28 days)
<i>prochlorperazine (Compro Rectal Suppository 25 Mg)</i>	PG	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NP*	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	NP*	QL (12 TABLETS per 28 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	PG	
<i>metoclopramide hcl oral solution 10 mg/10ml</i>	PG	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	PG	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	PG	QL (200 ML per 28 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	PG	QL (2 TABLETS per 28 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	PG	QL (18 TABLETS per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	PG	QL (18 TABLETS per 28 days)
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	PG	
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	NP*	
<i>promethazine hcl (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg)</i>	NP*	
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 50 MG (<i>promethazine hcl</i>)	PG	
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH 3.1 MG/24HR (<i>granisetron</i>)	PB	QL (2 PATCHES per 28 days)
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	PG	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	PG	
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 90 MG (<i>rolapitant hcl</i>)	PB	
COMBINACIONES DE TRATAMIENTO PARA ÚLCERAS		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 & 500 & 30 mg</i>	NP*	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL – MEDICAMENTOS PARA LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO, EL COLON Y LOS INTESTINOS		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	PG	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	PG	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	NP*	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG (<i>olsalazine sodium</i>)	NP*	PA
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	PG	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	PG	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm, 800 mg</i>	NP*	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	PG	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	PG	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	PG	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	PG	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	PB	PA
VIOKACE ORAL TABLET 10440-39150 UNIT, 20880-78300 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	PB	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	PB	PA
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES – MEDICAMENTOS PARA LAS ÚLCERAS Y LA ACIDEZ ESTOMACAL		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 365 DAYs)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NP*	QL (90 CAPSULES per 365 DAYs)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg</i>	PG	QL (90 PACKETS per 365 days); AL (Max 1 Years)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 365 DAYs)
NEXIUM ORAL PACKET 2.5 MG, 5 MG (<i>esomeprazole magnesium</i>)	NP*	QL (90 PACKETS per 365 days); AL (Max 1 Years)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 365 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet 20-1680 mg, 40-1680 mg</i>	NP*	QL (90 PACKETS per 365 DAYS)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 365 DAYS)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 365 days)
LAXANTES – MEDICAMENTOS PARA EL ESTREÑIMIENTO		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML (<i>sod picosulfate-mag ox-cit acid</i>)	CE	N7 (PB); N8 (\$0 copay for members age 45 through 75, Preferred Brand tier for all others); AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	PG	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	PG	
<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> (Gavilyte-G Oral Solution Reconstituted 236 Gm)	PG	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	PG	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	PG	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	CE	N7 (PG); N8 (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise preferred generic); AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	PG	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	PG	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted 100 gm</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); AL (Min 45 Years and Max 75 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PEG-PREP ORAL KIT 5-210 MG-GM (<i>bisacodyl-peg-kcl-nabícar-nacl</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gmlscoop</i>	PG	
SUFLAVE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 178.7 GM (<i>peg 3350-kcl-nacl-nasulf-mgsul</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); AL (Min 45 Years and Max 75 Years)
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG (<i>sodium sulfate-mag sulfate-kcl</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 45 through 75, otherwise not covered); 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>	NP*	PA
SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON ESTREÑIMIENTO		
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG (<i>linaclotide</i>)	PB	PA
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	PG	PA
VARIOS		
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	NP*	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	PG	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>naloxegol oxalate</i>)	PB	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	NP*	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 8 MG/0.4ML (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	NP*	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML (<i>sacrosidase</i>)	NP*	PA; QL (354 ML per 30 days)
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	PG	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	PG	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NP*	
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>)	CE	N7 (Not Covered)
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 3 % (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
PHEXXI VAGINAL GEL 1.8-1-0.4 % (<i>lactic ac-citric ac-pot bitart</i>)	CE	N7 (Not Covered)
SHUR-SEAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 2 % (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
TODAY SPONGE VAGINAL 1000 MG (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM 28 % (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 4 % (<i>nonoxynol-9</i>)	CE	N7 (Not Covered)
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA INCONTINENCIA URINARIA		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 15 mg, 7.5 mg</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	PG	
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML (mirabegron)	PB	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	NP*	
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	NP*	
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	PG	
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VAGINALES		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (clindamycin phosphate)	PB	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	NP*	
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (butoconazole nitrate (1 dose))	NP*	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	PG	
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	PG	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	PG	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	NP*	
DISFUNCIÓN ERÉCTIL		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRÓSTATA AGRANDADA		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	PG	
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	NP*	ST
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	PG	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	PG	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	PG	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	
VARIOS		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	PG	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	NP*	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	PG	
<i>urinary pain relief oral tablet 95 mg</i>	PG	
HEMATOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE		
ANTICOAGULANTES – DILUYENTES DE LA SANGRE		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG (<i>apixaban</i>)	PB	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (<i>apixaban</i>)	PB	
<i>enoxaparin sodium injection solution 150 mg/ml, 300 mg/3ml</i>	PG	
<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>	PG	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML (<i>dalteparin sodium</i>)	NP*	
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>)	NP*	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	PG	
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/0.5ml</i>	PG	
<i>warfarin sodium (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)</i>	PG	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	PG	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML (<i>rivaroxaban</i>)	PB	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	PB	
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	PB	
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	PSP	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	PSP	PA
DOPTELET TABLET 20 MG ORAL (<i>avatrombopag maleate</i>)	NPSP	PA; QL (1 CARTON per 5 Days)
DOPTELET TABLET 20 MG ORAL (<i>avatrombopag maleate</i>)	NPSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 Days)
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML (<i>pegfilgrastim-pbbk</i>)	PSP	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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>)	PSP	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML (<i>filgrastim-aafi</i>)	PSP	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML (<i>filgrastim-aafi</i>)	PSP	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML (<i>pegfilgrastim-apgf</i>)	PSP	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>)	PSP	PA
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA – DILUYENTES DE LA SANGRE		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	PG	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 300 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	NP*	
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325-40 MG, 81-40 MG (<i>aspirin-omeprazole</i>)	NP*	
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG (<i>vorapaxar sulfate</i>)	NP*	
VARIOS		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	PG	
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	NP*	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	PG	
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (<i>hydroxyurea</i>)	PB	
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	PG	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
OFTÁLMICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OJOS		
ANTIALÉRGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
ALOCRIIL OPHTHALMIC SOLUTION 2 % (<i>nedocromil sodium</i>)	NP*	
ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 % (<i>lodoxamide tromethamine</i>)	NP*	
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	PG	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	PG	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	PG	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	PG	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	PG	
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 % (<i>cetirizine hcl</i>)	NP*	
ANTIGLAUCOMA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL GLAUCOMA		
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %, 0.5 % (<i>timolol hemihydrate</i>)	NP*	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 % (<i>betaxolol hcl</i>)	PB	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	PG	
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	PG	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	PG	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	PG	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	PG	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	PG	
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>apraclonidine hcl</i>)	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	PG	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 % (<i>bimatoprost</i>)	PB	ST
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 % (<i>echothiophate iodide</i>)	NP*	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %</i>	PG	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 % (<i>brinzolamide-brimonidine</i>)	PB	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution 0.0015 %</i>	PG	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution 0.5 %</i>	NP*	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	NP*	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	PG	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	PG	
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>azithromycin</i>)	PB	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	NP*	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	PG	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	PG	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	PG	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	NP*	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	PG	QL (20 ML per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	NP*	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 % (<i>natamycin</i>)	PB	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	PG	
<i>bacitracin-polymyxin b (Polycin Ophthalmic Ointment 500-10000 Unit/Gm)</i>	PG	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	PG	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	PG	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	PG	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	PG	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	NP*	
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES E INFLAMACIÓN		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	NP*	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	PG	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 % (tobramycin-dexamethasone)	PB	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 % (tobramycin-dexamethasone)	PB	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	NP*	
ANTIINFLAMATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA INFLAMACIÓN		
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION 0.45 % (ketorolac tromethamine)	PB	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	NP*	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	PG	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	PG	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	PG	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 % (<i>nepafenac</i>)	PB	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	PG	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	PG	
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (<i>nepafenac</i>)	PB	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	PG	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	PB	
ENFERMEDAD DE OJOS SECOS		
<i>cyclosporine emulsion 0.05 % ophthalmic</i>	PG	PA; QL (1 MULTI-USE VIAL per 28 Days)
<i>cyclosporine emulsion 0.05 % ophthalmic</i>	PG	PA; QL (60 SINGLE USE VIALS per 30 Days)
VARIOS		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	PG	
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 % (<i>cysteamine hcl</i>)	NPSP	PA; QL (4 BOTTLES per 28 days)
LACRISERT OPHTHALMIC INSERT 5 MG (<i>artificial tear insert</i>)	NP*	
<i>phenylephrine hcl ophthalmic solution 10 %, 2.5 %</i>	PG	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
<i>tropicamide ophthalmic solution 0.5 %, 1 %</i>	PG	
OTROS		
SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN		
<i>irrigation solns physiological (Physiolyte Irrigation Solution)</i>	PG	
<i>irrigation solns physiological (Physiosol Irrigation Irrigation Solution)</i>	PG	
<i>ringers irrigation (Tis-U-Sol Irrigation Solution)</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RESPIRATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS		
AGENTES PARA EL ASMA GRAVE		
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	PSP	PA; QL (3 INJECTIONS per 28 DAYs)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	PSP	PA; QL (3 SYRINGES per 28 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	PG	QL (4 AUTO-INJECTORS per 30 days)
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR		
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (<i>nintedanib esylate</i>)	NPSP	PA; QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	PSP	PA; QL (270 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	PSP	PA; QL (270 TABLETS per 30 DAYs)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	PSP	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>	PG	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	PG	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	PG	QL (5 BOXES per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	PB	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 30 DAYS)
ANTI-HISTAMÍNICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	PG	QL (2 BOTTLES per 30 days)
<i>carbinoxamine maleate oral solution 4 mg/5ml</i>	PG	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	PG	
<i>clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	PG	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	PG	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>desloratadine oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	NP*	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5ml</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	PG	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	PG	
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	NP*	QL (1 CONTAINER per 30 days)
RYCLORA ORAL SOLUTION 2 MG/5ML (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	NP*	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) mcg/lact</i>	PG	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>	PG	QL (5 BOXES per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>	PG	QL (60 ML per 30 DAYs)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	PG	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution 15 mcg/2ml</i>	NP*	QL (60 VIALS per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</i>	PG	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>	NP*	QL (300 ML per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	NP*	QL (45 ML per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	NP*	QL (2 INHALERS per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT (<i>salmeterol xinafoate</i>)	NP*	QL (1 PACKAGE per 30 Days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT (<i>olodaterol hcl</i>)	PB	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
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>)	NP*	QL (1 PACKAGE per 30 Days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT (<i>glycopyrrolate-formoterol</i>)	NP*	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	PG	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>)	PB	QL (1 PACKAGE per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

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>	PG	QL (1 PACKAGE per 30 days)
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA Y LA EPOC		
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT (<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>)	PB	QL (1 PACKAGE per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50-25 MCG/INH (<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>)	PB	QL (1 PACKAGE per 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcglact, 80-4.5 mcglact</i>	PG	N8 (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>	PG	QL (1 INHALER per 30 Days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 30 days)
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	PG	QL (2 BOXES per 30 days)
ESTEROIDES NASALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcglact (0.025%)</i>	PG	QL (3 CONTAINERS per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcglact</i>	PG	QL (1 CONTAINER per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcglact</i>	PG	QL (2 PACKAGES per 30 days)
OMNARIS NASAL SUSPENSION 50 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	NP*	ST; QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol 55 mcglact</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

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>)	PSP	PA; QL (84 VIALS per 28 DAYs)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	PSP	PA; QL (224 ML per 28 DAYs)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	PSP	PA; QL (280 ML per 28 DAYs)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG (<i>elxacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	PSP	PA; QL (84 TABLETS per 28 DAYs)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG (<i>elxacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	PSP	PA; QL (56 PACKETS per 28 days)
INHALANTES ESTEROIDEOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL ASMA		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	NP*	QL (2 PACKAGES per 30 DAYs)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	NP*	QL (3 PACKAGES per 30 DAYs)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT (<i>fluticasone furoate</i>)	NP*	QL (1 PACKAGE per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	NP*	QL (1 PACKAGE per 30 Days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	NP*	QL (2 PACKAGES per 30 Days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	NP*	QL (4 PACKAGES per 30 Days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	NP*	QL (2 PACKAGES per 30 Days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT (<i>mometasone furoate</i>)	NP*	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml</i>	NP*	QL (3 BOXES per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.5 mg/2ml</i>	NP*	QL (2 BOXES per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	NP*	QL (1 BOX per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT, 80 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	PB	QL (2 PACKAGES per 30 days)
MODIFICADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	NP*	PA
RESFRÍO/TOS		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PG	
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml</i>	PG	N8 (Limited to 7 day supply per month); QL (60 ML per day for 7 days per 1 month)
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	PG	N8 (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>	PG	N8 (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>	PG	N8 (Limited to 7 day supply per month); QL (6 TABLETS per 1 Day)
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	PG	N8 (Limited to 7 day supply per month); QL (30 ML per 1 Day)
<i>promethazine vc oral syrup 6.25-5 mg/5ml</i>	PG	
<i>promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	PG	N8 (Limited to 7 day supply per month); QL (30 ML per 1 DAY)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	PG	N8 (Limited to 7 day supply per month); QL (30 ML per 1 day)
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	PG	
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	NP*	
SUMINISTROS PARA EL TRATAMIENTO RESPIRATORIO		
<i>AEROCHAMBER PLUS FLOW VU (spacer/aero-holding chambers)</i>	PB	
<i>CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE (spacer/aero-holding chambers)</i>	PB	
<i>FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL (spacer/aero-hold chamber mask)</i>	PB	
<i>PEDIATRIC PANDA MASK (spacer/aero-hold chamber mask)</i>	PB	
VARIOS		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	PG	
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	PG	PA
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %</i>	PG	
XANTINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA EPOC		
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	PG	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	PG	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	PG	
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>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	PG	QL (72 ML per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	PG	QL (6 TABLETS per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	PG	QL (4 TABLETS per 1 day)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	PG	
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	NP*	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	PG	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	NP*	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	NP*	
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	PG	
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	PG	
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	PG	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	PG	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	PG	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	PG	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML (<i>midazolam</i> (anticonvulsant))	NP*	PA; QL (10 NASAL SPRAY UNITS per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	PG	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	PG	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	PG	
<i>phenytoin (Phenytoin Infatabs Oral Tablet Chewable 50 Mg)</i>	PG	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	PG	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	PG	PA; N8 (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>metaxalone oral tablet 800 mg</i>	NP*	PA; N8 (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	PG	PA; N8 (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	PG	
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
<i>BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (interferon beta-1b)</i>	PSP	PA; QL (14 INJECTIONS per 28 DAYs)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	NPSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	PSP	PA; QL (14 CAPSULES per 28 DAYs)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	PSP	PA; QL (60 CAPSULES per 30 DAYs)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	PSP	PA; QL (1 KIT per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	PSP	PA; QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
<i> glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	NP*	PA; QL (12 SYRINGES per 28 days)
<i> glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 20 Mg/ML)</i>	NP*	PA; QL (30 INJECTIONS per 30 days)
AGONISTAS PARCIALES DE LOS OPIOIDES		
<i> buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	CE	N7 (PG); N8 (Must obtain approval after the first 30 day supply); QL (90 TABLETS per 30 days)
AGONISTAS Y ANTAGONISTAS DE LOS OPIOIDES		
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	PG	QL (2 FILM per 1 day)
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	PG	QL (3 FILM per 1 day)
<i> buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	CE	N7 (PG); QL (3 TABLETS per 1 day)
ANSIOLÍTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ANSIEDAD		
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML (<i>alprazolam</i>)	PB	QL (300 ML per 30 days)
<i> alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	QL (150 TABLETS per 30 days)
<i> alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	QL (150 TABLETS per 30 days)
<i> buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i> chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	PG	QL (360 CAPSULES per 30 days)
<i> clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	NP*	QL (150 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i> clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	NP*	QL (90 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	PG	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	PG	QL (150 ML per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	QL (150 TABLETS per 30 days)
<i>meprobamate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	PG	QL (120 CAPSULES per 30 days)
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	PG	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	PG	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	PG	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	PG	QL (4 SPRAYS per 25 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	CE	N7 (PG)
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML (<i>naloxone hcl</i>)	PG	QL (4 SPRAYS per 25 DAYS)
ANTIDEMENCIA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DEMENCIA Y LA PÉRDIDA DE MEMORIA		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	NP*	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	NP*	
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	NP*	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	NP*	
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	PG	PA; AL (Min 29 Years)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	PG	PA; AL (Min 29 Years)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	PG	PA; AL (Min 29 Years)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	NP*	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	NP*	PA
ANTIDEPRESIVOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DEPRESIÓN		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (150 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	PG	AL (Max 65 Years)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 25 mg</i>	PG	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>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>amoxapine oral tablet 150 mg</i>	PG	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>	PG	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	NP*	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (90 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	PG	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>desipramine hcl oral tablet 75 mg</i>	PG	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>	NP*	
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	QL (90 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>doxepin hcl oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>doxepin hcl oral capsule 75 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	PG	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>	PG	
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG (<i>levomilnacipran hcl</i>)	NP*	ST; QL (30 CAPSULES per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG (<i>levomilnacipran hcl</i>)	NP*	ST; QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>	PG	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	PG	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	PG	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>	PG	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>	NP*	QL (30 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg</i>	NP*	AL (Max 65 Years)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG (<i>isocarboxazid</i>)	NP*	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	PG	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	NP*	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg</i>	PG	QL (150 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 25 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	PG	AL (Max 65 Years)
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	PG	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>	NP*	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PG	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	PG	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	NP*	QL (60 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	NP*	QL (90 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	PG	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	PA
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	NP*	
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	NP*	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	NP*	
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	PG	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (brexpiprazole)	NP*	ST
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	PG	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	
DISUASIVOS DEL ALCOHOL		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	NP*	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DISUASIVOS DEL TABACO		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 4 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG (<i>nicotine</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); QL (168 DAYS OF TREATMENT per 365 days)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML (<i>nicotine</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year); QL (168 DAYS OF TREATMENT per 365 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay limited to 2 treatment cycles/year)
FIBROMIALGIA		
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	NP*	ST
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	NP*	ST
HIPNÓTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL INSOMNIO		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (<i>suvorexant</i>)	NP*	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>lemborexant</i>)	NP*	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	NP*	QL (30 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	NP*	QL (15 TABLETS per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	PG	QL (15 TABLETS per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	PG	QL (15 TABLETS per 30 days)
<i>sleep-aid oral tablet 25 mg</i>	PG	
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	PSP	PA; QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	PG	QL (15 CAPSULES per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg</i>	NP*	QL (10 TABLETS per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (15 CAPSULES per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	NP*	QL (15 TABLETS per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	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>)	PB	ST; QL (1 INJECTION per 30 days)
<i>almotriptan malate oral tablet 12.5 mg, 6.25 mg</i>	NP*	QL (12 TABLETS per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	NP*	
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	NP*	QL (12 TABLETS per 30 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	PB	ST; QL (3 SYRINGES per 30 DAYS)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	PB	ST; N8 (Quantity limit will be 2 syringes for the initial month); QL (1 SYRINGE per 30 DAYS)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	PB	ST; N8 (Quantity limit will be 2 syringes for the initial month); QL (1 SYRINGE per 30 DAYS)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	NP*	
<i>frovatriptan succinate oral tablet 2.5 mg</i>	NP*	QL (18 TABLETS per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	PG	QL (12 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (18 TABLETS per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (18 TABLETS per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/lact</i>	NP*	QL (12 SPRAYS per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/lact</i>	NP*	QL (24 SPRAYS per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	QL (12 TABLETS per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	NP*	QL (18 SYRINGES per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	NP*	QL (12 SOLUTION CARTRIDGE per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	NP*	QL (12 VIALS per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	NP*	QL (18 SYRINGES per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	NP*	QL (12 SOLUTION AUTO-INJECTOR per 30 days)
<i>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet 85-500 mg</i>	NP*	ST; QL (9 TABLETS per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>ubrogepant</i>)	NP*	ST; QL (16 TABLETS per 30 DAYS)
<i>zolmitriptan nasal solution 5 mg</i>	PG	QL (12 SPRAYS per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	QL (12 TABLETS per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	QL (12 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA – MEDICAMENTOS PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	PG	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	PG	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	NP*	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	NP*	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
PSICOTERAPÉUTICOS, VARIOS		
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet 10-25 mg</i>	NP*	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>	NP*	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (120 TABLETS per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg</i>	NP*	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (150 TABLET per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-25 mg, 4-25 mg</i>	NP*	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (60 TABLET per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 4-10 mg</i>	NP*	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (120 TABLET per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 4-50 mg</i>	NP*	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (30 TABLET per 30 days); AL (Max 65 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	NP*	
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>	PG	QL (90 CAPSULES per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	PG	QL (120 CAPSULES per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	NP*	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>	NP*	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	NP*	QL (120 CAPSULES per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 15 mg</i>	NP*	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	QL (1200 ML per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	NP*	QL (120 TABLETS per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
DYANAVEL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 2.5 MG/ML (<i>amphetamine</i>)	NP*	QL (240 ML per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	NP*	
<i>methamphetamine hcl oral tablet 5 mg</i>	NP*	QL (150 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	NP*	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	NP*	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 30 mg</i>	NP*	QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg</i>	NP*	QL (30 CAPSULES per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg, 36 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	NP*	QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	NP*	QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	PG	QL (90 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NP*	QL (180 CHEW TABLETS per 30 days)
QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 150 MG, 200 MG (<i>viloxazine hcl</i>)	NP*	PA; QL (90 CAPSULES per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 7.5 Mg)	PG	QL (120 TABLETS per 30 days)
TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	PSP	PA; QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
VARIOS		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML (<i>risdiplam</i>)	NPSP	PA; QL (2 BOTTLES per 24 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	PG	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	PG	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	PG	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	NP*	
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	PG	
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	PG	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	PG	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	PG	
TÓPICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS		
CROTAN EXTERNAL LOTION 10 % (<i>crotamiton</i>)	PG	
<i>cvs ivermectin lice treatment external lotion 0.5 %</i>	PG	
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	PG	
<i>lice treatment external lotion 1 %</i>	PG	
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	NP*	ST
<i>permethrin external cream 5 %</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>spinosad external suspension 0.9 %</i>	NP*	ST
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	NP*	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	PG	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	PG	QL (90 LOZENGES per 30 days)
<i>lidocaine hcl mouth/throat solution 4 %</i>	PG	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	PG	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	PG	
<i>triamcinolone acetonide (Oralene Mouth/Throat Paste 0.1 %)</i>	PG	
ORAVIG BUCCAL TABLET 50 MG (<i>miconazole</i>)	NP*	QL (14 TABLETS per 30 days)
<i>chlorhexidine gluconate (Periogard Mouth/Throat Solution 0.12 %)</i>	PG	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	PG	
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	NP*	PA; QL (45 GM per 28 days); AL (Max 35 Years)
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	PG	PA; QL (45 GM per 28 days); AL (Max 35 Years)
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	NP*	PA; QL (45 GM per 28 days); AL (Max 35 Years)
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %</i>	NP*	
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.3-2.5 %</i>	PG	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	NP*	QL (47 GM per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	NP*	QL (45 GM per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %</i>	NP*	QL (50 GM per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external foam 1 %</i>	NP*	
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	NP*	QL (75 GM per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	NP*	QL (60 ML per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	NP*	QL (60 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	PG	
<i>ery external pad 2 %</i>	PG	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	PG	QL (60 ML per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	NP*	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	PG	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	PG	PA; AL (Max 35 Years)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	PG	PA; AL (Max 35 Years)
<i>tretinoin external gel 0.05 %</i>	NP*	PA; AL (Max 35 Years)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.1 %</i>	PG	PA; AL (Max 35 Years)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %</i>	PG	PA; AL (Max 35 Years)
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
REGANEX EXTERNAL GEL 0.01 % (<i>becaplermin</i>)	NP*	PA; QL (30 GM per 30 days)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	PG	
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	NP*	QL (50 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	PG	PA; QL (90 PATCHES per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	PG	QL (50 ML per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	PG	QL (60 ML per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	PG	QL (30 GM per 30 days)
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
ALTABAX EXTERNAL OINTMENT 1 % (<i>retapamulin</i>)	NP*	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	PG	QL (30 GM per 30 days)
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>silver sulfadiazine</i> (Ssd External Cream 1 %)	PG	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM (<i>mafenide acetate</i>)	NP*	
XEPI EXTERNAL CREAM 1 % (<i>ozenoxacin</i>)	NP*	PA; QL (30 GM per 30 days)
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	PG	QL (60 GM per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion 1-0.05 %</i>	PG	QL (60 ML per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
ERTACZO EXTERNAL CREAM 2 % (<i>sertaconazole nitrate</i>)	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>luliconazole external cream 1 %</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 1 %, 2 %</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin</i> (Nyamyc External Powder 100000 Unit/Gm)	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin</i> (Nystop External Powder 100000 Unit/Gm)	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>oxiconazole nitrate external cream 1 %</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external cream 1 %</i>	PG	QL (60 GM per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external solution 1 %</i>	PG	QL (60 ML per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERMATOLOGÍA, ANTIPRURIGINOSOS		
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	NP*	ST; QL (45 GM per 30 days)
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	NP*	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	NP*	ST; QL (60 ML per 30 days)
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment 0.005-0.064 %</i>	NP*	ST; QL (60 GM per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	NP*	ST; QL (100 GM per 30 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	PG	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	NP*	PA
<i>tazarotene external gel 0.05 %, 0.1 %</i>	PG	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	PB	PA
DERMATOLOGÍA, ANTISEBORREICOS		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	PG	
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>amcinonide external lotion 0.1 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>amcinonide external ointment 0.1 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone valerate external foam 0.12 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol prop emollient base external cream 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external foam 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external liquid 0.05 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>clocortolone pivalate external cream 0.1 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>desoximetasone external liquid 0.25 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 DAYs)
<i>desoximetasone external ointment 0.25 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external cream 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external ointment 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	NP*	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>halcinonide external cream 0.1 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 DAYs)
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	PG	QL (120 ML per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	PG	QL (120 GM per 30 days)
DERMATOLOGÍA, QUERATOSIS ACTÍNICA		
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	PG	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	PG	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	NP*	
DERMATOLOGÍA, ROSÁCEA		
<i>azelaic acid external gel 15 %</i>	NP*	
<i>brimonidine tartrate external gel 0.33 %</i>	PG	PA
FINACEA EXTERNAL FOAM 15 % (azelaic acid)	PB	
<i>ivermectin external cream 1 %</i>	NP*	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	PG	QL (60 ML per 30 days)
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>acyclovir external cream 5 %</i>	NP*	
ALFERON N INJECTION SOLUTION 5000000 UNIT/ML (<i>interferon alfa-n3</i>)	PSP	
AMELUZ EXTERNAL GEL 10 % (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	NP*	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	PG	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	PG	
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	PSP	PA
CONDYLOX EXTERNAL GEL 0.5 % (<i>podofilox</i>)	NP*	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	PG	QL (300 GM per 30 days)
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 % (<i>crisaborole</i>)	NP*	ST; QL (60 GM per 30 days)
<i>penciclovir external cream 1 %</i>	PG	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	NP*	PA
<i>podofilox external gel 0.5 %</i>	PG	
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	PG	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (<i>nitroglycerin</i>)	NP*	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	NP*	
VOLTAREN EXTERNAL GEL 1 % (<i>diclofenac sodium</i>)	PG	QL (300 GM per 30 days)
ÓTICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OÍDOS		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	PG	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	PG	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	PG	
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution 0.3-0.025 %</i>	NP*	
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION 3.3-3-10-0.5 MG/ML (<i>neomycin-colist-hc-thonzonium</i>)	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	NP*	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	PG	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	PG	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2024 - Plan Aetna Health Exchange - Florida

El formulario se actualiza la primera semana de cada mes.

*Para obtener información sobre la cobertura, consulte la documentación de su plan. Algunos planes pueden cubrir todos los medicamentos genéricos, incluidos los genéricos no preferidos, en el nivel de costo más bajo.

Índice

<i>abacavir sulfate</i>	32	ALFERON N.....	132	APOKYN.....	109
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	40	<i>alfuzosin hcl er</i>	92	<i>apraclonidine hcl</i>	95
<i>abiraterone acetate</i>	15	ALINIA.....	46	<i>aprepitant</i>	85
<i>acamprosate calcium</i>	117	<i>aliskiren fumarate</i>	56	Apri.....	62
<i>acarbose</i>	76	<i>allopurinol</i>	31	APTIVUS.....	32
ACCU-CHEK AVIVA PLUS.....	82	<i>almotriptan malate</i>	120	Aranelle.....	63
ACCU-CHEK GUIDE.....	82	ALOCRI.....	95	ARANESP (ALBUMIN	
ACCU-CHEK SMARTVIEW.....	82	<i>alogliptin benzoate</i>	58	FREE).....	93
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL.....	82	<i>alogliptin-metformin hcl</i>	59	ARCALYST.....	24
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL.....	82	<i>alogliptin-pioglitazone</i>	59	<i>arformoterol tartrate</i>	101
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS.....	82	ALOMIDE.....	95	<i>aripiprazole</i>	116
<i>acebutolol hcl</i>	50	<i>alozetron hcl</i>	89	<i>armodafinil</i>	122
<i>acetaminophen-codeine</i>	26	<i>alprazolam</i>	111	ARNUITY ELLIPTA.....	103
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	26	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	111	<i>asenapine maleate</i>	116
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	26	ALTABAX.....	127	Ashlyna.....	63
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	26	Altavera.....	62	ASMANEX (120 METERED	
<i>acetazolamide</i>	53	ALVESCO.....	103	DOSES).....	103
<i>acetazolamide er</i>	53	<i>alyacen 1/35</i>	62	ASMANEX (30 METERED	
<i>acetic acid</i>	132	<i>alyacen 7/7/7</i>	62	DOSES).....	103
<i>acetylcysteine</i>	105	<i>amantadine hcl</i>	108	ASMANEX (60 METERED	
<i>acitretin</i>	129	<i>ambrisentan</i>	54	DOSES).....	103
ACTEMRA.....	20	<i>amcinonide</i>	129	ASMANEX HFA.....	104
ACTIMMUNE.....	24	AMELUZ.....	132	<i>aspirin adult low strength</i>	31
ACUVAIL.....	97	Amethia.....	62	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	94
<i>acyclovir</i>	39, 132	Amethyst.....	62	<i>atazanavir sulfate</i>	32
<i>adalimumab-adaz</i>	20	<i>amiloride hcl</i>	53	<i>atenolol</i>	50
<i>adapalene</i>	126	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	53	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	52
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	126	<i>amiodarone hcl</i>	47	<i>atomoxetine hcl</i>	123
<i>adefovir dipivoxil</i>	32	<i>amitriptyline hcl</i>	113	<i>atorvastatin calcium</i>	49
ADEMPAS.....	54	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ..	52	<i>atovaquone</i>	46
ADMELOG.....	76	<i>amlodipine besylate</i>	51	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	39
ADMELOG SOLOSTAR.....	76	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> ...	53	ATRIPLA.....	41
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	105	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	48	<i>atropine sulfate</i>	98
Afirmelle.....	62	<i>amlodipine-olmesartan</i>	53	Aubra Eq.....	63
AFTERA.....	62	<i>ammonium lactate</i>	132	Aurovela 1.5/30.....	63
AFTERPILL.....	62	<i>amoxapine</i>	113	Aurovela 1/20.....	63
AIMOVIG.....	120	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> ...86		Aurovela 24 Fe.....	63
AKYNZEO.....	85	<i>amoxicillin</i>	45	Aurovela Fe 1.5/30.....	63
<i>ala-cort</i>	129	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	45	Aurovela Fe 1/20.....	63
<i>albendazole</i>	38	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> ...45		AUTOLET PLATFORMS.....	82
<i>albuterol sulfate</i>	100, 101	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> 123		Aviane.....	63
<i>albuterol sulfate hfa</i>	100	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	123	<i>avidoxy</i>	45
<i>alclometasone dipropionate</i>	129	<i>ampicillin</i>	45	Ayuna.....	63
<i>alcohol prep</i>	82	<i>anagrelide hcl</i>	94	AZASITE.....	96
ALECENSA.....	16	<i>anastrozole</i>	15	<i>azathioprine</i>	24
<i>alendronate sodium</i>	58	ANNOVERA.....	62	<i>azelaic acid</i>	131
		ANORO ELLIPTA.....	101	<i>azelastine hcl</i>	95, 100
				<i>azelastine-fluticasone</i>	102
				<i>azithromycin</i>	43

Azurette.....	63	<i>budesonide</i>	86, 104	<i>cefadroxil</i>	40
<i>bacitracin</i>	96	<i>budesonide er</i>	86	<i>cefdinir</i>	40
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	96	<i>budesonide-formoterol</i>		<i>cefixime</i>	40
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-</i>		<i>fumarate</i>	102	<i>cefpodoxime proxetil</i>	40
<i>hc</i>	97	<i>bumetanide</i>	53	<i>cefprozil</i>	40
<i>baclofen</i>	110	<i>buprenorphine</i>	25	<i>cefuroxime axetil</i>	40
<i>balsalazide disodium</i>	86	<i>buprenorphine hcl</i>	111	<i>celecoxib</i>	31
Balziva.....	63	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		<i>cephalexin</i>	40
BARACLUDE.....	32	.....	111	CERDELGA.....	81
BASAGLAR KWIKPEN.....	76	<i>bupropion hcl</i>	113	<i>cevimeline hcl</i>	126
BASAGLAR TEMPO PEN...	76	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>		Charlotte 24 Fe.....	64
BAXDELA.....	44	.....	118	Chateal Eq.....	64
BD VEO INSULIN		<i>bupropion hcl er (sr)</i>	113	CHEMET.....	61
SYRINGE U/F.....	82	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	113	CHEMSTRIP 9.....	82
BELSOMRA.....	119	<i>buspirone hcl</i>	111	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	111
<i>benazepril hcl</i>	55	<i>butorphanol tartrate</i>	26	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	122
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	52	<i>cabergoline</i>	83	<i>chlorhexidine gluconate</i>	126
<i>benznidazole</i>	38	CABOMETYX.....	16	<i>chloroquine phosphate</i>	39
<i>benzonatate</i>	104	<i>calcipotriene</i>	129	<i>chlorpromazine hcl</i>	116
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>		<i>calcipotriene-betameth diprop.</i>	129	<i>chlorthalidone</i>	53
.....	126	<i>calcitonin (salmon)</i>	59	<i>chlorzoxazone</i>	110
<i>benztropine mesylate</i>	109	<i>calcitriol</i>	58, 129	<i>cholestyramine</i>	50
<i>bepotastine besilate</i>	95	<i>calcium acetate</i>	60	<i>cholestyramine light</i>	50
<i>betaine</i>	81	<i>calcium acetate (phos binder)</i> ..	60	<i>chorionic gonadotropin</i>	82
<i>betamethasone dipropionate</i>	129	Camila.....	63	<i>ciclopirox</i>	128
<i>betamethasone dipropionate</i>		Camrese.....	64	<i>ciclopirox olamine</i>	128
<i>aug</i>	129	Camrese Lo.....	64	<i>cilostazol</i>	94
<i>betamethasone valerate</i> ...	129, 130	<i>candesartan cilexetil</i>	47	CIMDUO.....	41
BETASERON.....	110	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	53	<i>cimetidine</i>	84
<i>betaxolol hcl</i>	50, 95	<i>capecitabine</i>	16	<i>cinacalcet hcl</i>	61, 62
<i>bethanechol chloride</i>	92	CAPRELSA.....	16	CIPRO.....	44
BETIMOL.....	95	<i>captopril</i>	55	<i>ciprofloxacin hcl</i>	44, 96, 132
BETOPTIC-S.....	95	<i>carbamazepine</i>	106	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ..	132
BEVESPI AEROSPHERE...	101	<i>carbamazepine er</i>	105, 106	<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf.</i>	132
<i>bexarotene</i>	20, 132	<i>carbidopa</i>	109	<i>citalopram hydrobromide</i>	113
<i>bicalutamide</i>	15	<i>carbidopa-levodopa</i>	109	<i>clarithromycin</i>	43
BIKTARVY.....	41	<i>carbidopa-levodopa er</i>	109	<i>clarithromycin er</i>	43
<i>bisoprolol fumarate</i>	50	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>		<i>clemastine fumarate</i>	100
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	52	.....	109	CLENPIQ.....	88
Blisovi 24 Fe.....	63	<i>carbinoxamine maleate</i>	100	CLEOCIN.....	91
Blisovi Fe 1.5/30.....	63	CARDURA XL.....	92	CLEVER CHOICE	
Blisovi Fe 1/20.....	63	<i>carglumic acid</i>	81	HOLDING CHAMBER.....	105
<i>bosentan</i>	54	<i>carisoprodol</i>	110	CLIMARA PRO.....	78
BREO ELLIPTA.....	102	<i>carteolol hcl</i>	95	<i>clindamycin hcl</i>	46
<i>briellyn</i>	63	Cartia Xt.....	51	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	46
<i>brimonidine tartrate</i>	95, 131	<i>carvedilol</i>	50	<i>clindamycin phos-benzoyl</i>	
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	95	<i>carvedilol phosphate er</i>	50	<i>perox</i>	126
<i>brinzolamide</i>	95	CAYA.....	64	<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	97	CAYSTON.....	103	.....	91, 126, 127
<i>bromocriptine mesylate</i>	109	<i>cefaclor</i>	40	<i>clobazam</i>	106

<i>clobetasol prop emollient base</i>	130	CYSTAGON.....	83	<i>diclofenac sodium</i>	25, 97, 132
<i>clobetasol propionate</i>	130	CYSTARAN.....	98	<i>diclofenac sodium er</i>	25
<i>clocortolone pivalate</i>	130	<i>dalfampridine er</i>	110	<i>diclofenac-misoprostol</i>	31
<i>clomipramine hcl</i>	111	<i>danazol</i>	78	<i>dicloxacillin sodium</i>	45
<i>clonazepam</i>	106	<i>dantrolene sodium</i>	110	<i>dicyclomine hcl</i>	84
<i>clonidine</i>	57	<i>dapsone</i>	46	<i>didanosine</i>	33
<i>clonidine hcl</i>	57	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	90	DIFICID.....	43
<i>clopidogrel bisulfate</i>	94	<i>darunavir</i>	32, 33	<i>diflorasone diacetate</i>	130
<i>clorazepate dipotassium</i>	106	Dasetta 1/35.....	64	<i>diflunisal</i>	31
<i>clotrimazole</i>	126, 128	Dasetta 7/7/7.....	64	<i>difluprednate</i>	97
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	128	Daysee.....	64	<i>digoxin</i>	54
<i>clozapine</i>	116	DAYVIGO.....	119	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ...	120
COARTEM.....	39	Deblitane.....	64	DILANTIN.....	106
<i>codeine sulfate</i>	26	<i>deferiprone</i>	61	<i>diltiazem hcl</i>	51
<i>colchicine</i>	31	DELSTRIGO.....	41	<i>diltiazem hcl er</i>	51
<i>colchicine-probenecid</i>	31	Delyla.....	64	<i>diltiazem hcl er beads</i>	51
<i>colestipol hcl</i>	50	<i>demeclocycline hcl</i>	45	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	51
COMBIVIR.....	41	DEPO-ESTRADIOL.....	78	<i>dilt-xr</i>	51
COMPLERA.....	41	DEPO-SUBQ PROVERA		<i>dimethyl fumarate</i>	110
Compro.....	85	104.....	64	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	
<i>condoms</i>	64	DESCOVY.....	41	.....	110
CONDYLOX.....	132	<i>desipramine hcl</i>	113, 114	DIPENTUM.....	86
CORLANOR.....	56	<i>desloratadine</i>	100	<i>diphenhydramine hcl</i>	100
CORTISPORIN-TC.....	132	<i>desmopressin ace spray refrig</i> ...	84	<i>diphenoxylate-atropine</i>	85
COSENTYX.....	20	<i>desmopressin acetate</i>	84	<i>dipyridamole</i>	94
COSENTYX (300 MG		<i>desmopressin acetate spray</i>	84	<i>disopyramide phosphate</i>	47
DOSE).....	20	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	64	<i>disulfiram</i>	117
COSENTYX		<i>desonide</i>	130	DIURIL.....	54
SENSOREADY (300 MG)....	20	<i>desoximetasone</i>	130	<i>divalproex sodium</i>	106
COSENTYX		<i>desvenlafaxine succinate er</i>	114	<i>divalproex sodium er</i>	106
SENSOREADY PEN.....	20	<i>dexamethasone</i>	80	<i>dofetilide</i>	47
COSENTYX UNOREADY ...	21	DEXAMETHASONE		Dolishale.....	64
CREON.....	87	INTENSOL.....	80	<i>donepezil hcl</i>	112
CRESEMBA.....	38	<i>dexamethasone sodium</i>		DOPTELET.....	93
CRINONE.....	81	<i>phosphate</i>	97	<i>dorzolamide hcl</i>	95
CRIXIVAN.....	32	DEXCOM G6 RECEIVER....	82	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	95
<i>cromolyn sodium</i>	89, 95, 102	DEXCOM G6 SENSOR.....	82	DOVATO.....	41
CROTAN.....	125	DEXCOM G6		<i>doxazosin mesylate</i>	92
Cryselle-28.....	64	TRANSMITTER.....	82	<i>doxepin hcl</i>	114, 119, 129
CURAE.....	64	DEXCOM G7 RECEIVER....	82	<i>doxercalciferol</i>	58
<i>cvs ivermectin lice treatment</i> ...	125	DEXCOM G7 SENSOR.....	82	<i>doxycycline hyclate</i>	45
<i>cvs lice treatment</i>	125	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	123	<i>doxycycline monohydrate</i>	45
<i>cyanocobalamin</i>	58	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	123	<i>dronabinol</i>	85
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	110	<i>dextroamphetamine sulfate</i>		<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> ..	65
<i>cyclophosphamide</i>	14	.....	123, 124	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ...	65
<i>cycloserine</i>	37	<i>dextroamphetamine sulfate er</i> ..	123	DROXIA.....	94
<i>cyclosporine</i>	24, 98	DIASTIX.....	83	DUAVEE.....	79
<i>cyclosporine modified</i>	24	<i>diazepam</i>	106	<i>duloxetine hcl</i>	114
<i>cyproheptadine hcl</i>	100	Diazepam Intensol.....	106	<i>dutasteride</i>	92
Cyred Eq.....	64	<i>diclofenac potassium</i>	25	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	92

DYANA VEL XR.....	124	EPZICOM.....	42	<i>fentanyl citrate</i>	27
<i>econazole nitrate</i>	128	<i>ergotamine-caffeine</i>	120	FERRIPROX.....	61
ECONTRA ONE-STEP.....	65	<i>erlotinib hcl</i>	16, 17	FERRIPROX TWICE-A-	
EDURANT.....	33	Errin.....	65	DAY.....	61
<i>efavirenz</i>	33	ERTACZO.....	128	<i>fesoterodine fumarate er</i>	91
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> ...41		<i>ery</i>	127	FETZIMA.....	114
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i> ...41		Ery-Tab.....	43	FETZIMA TITRATION.....	114
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> ..41		ERYTHROCIN STEARATE.....	43	FIASP.....	77
Effer-K.....	57	<i>erythromycin</i>	96, 127	FIASP FLEXTOUCH.....	76
ELESTRIN.....	79	<i>erythromycin base</i>	43	FIASP PENFILL.....	77
<i>eletriptan hydrobromide</i>	120	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	43	FINACEA.....	131
ELIGARD.....	15	<i>escitalopram oxalate</i>	114	<i>finasteride</i>	92
Elinest.....	65	<i>esomeprazole magnesium</i>	87	<i>fingolimod hcl</i>	111
ELIQUIS.....	92	Estarylla.....	65	Finzala.....	65
ELIQUIS DVT/PE		<i>estazolam</i>	119	<i>flecainide acetate</i>	47
STARTER PACK.....	92	<i>estradiol</i>	79	FLEXICHAMBER CHILD	
ELITE-OB.....	58	<i>estradiol valerate</i>	79	MASK/SMALL.....	105
ELLA.....	65	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	79	<i>fluconazole</i>	38
ELMIRON.....	92	ESTROGEL.....	79	<i>fludrocortisone acetate</i>	80
Eluryng.....	65	eszopiclone.....	119	<i>flunisolide</i>	102
EMCYT.....	14	<i>ethacrynic acid</i>	54	<i>fluocinolone acetonide</i>	130, 133
EMGALITY.....	120	<i>ethambutol hcl</i>	37	<i>fluocinolone acetonide body</i> ...	130
EMGALITY (300 MG		<i>ethosuximide</i>	106	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ...	130
DOSE).....	120	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	65	<i>fluocinonide</i>	130
<i>emtricitabine</i>	33	<i>etodolac</i>	25	<i>fluorouracil</i>	131
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	41	<i>etodolac er</i>	25	<i>fluoxetine hcl</i>	114
EMTRIVA.....	33	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	65	<i>fluphenazine hcl</i>	116, 117
EMVERM.....	38	<i>etoposide</i>	19	<i>flurbiprofen</i>	25
<i>enalapril maleate</i>	55	<i>etravirine</i>	33	<i>flurbiprofen sodium</i>	98
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ...52		EUCRISA.....	132	<i>fluticasone propionate</i>	102, 131
ENBREL.....	21	EVAMIST.....	79	<i>fluticasone-salmeterol</i>	102
ENBREL MINI.....	21	<i>everolimus</i>	17, 24	<i>fluvastatin sodium</i>	49
ENBREL SURECLICK.....	21	EVOTAZ.....	42	<i>fluvastatin sodium er</i>	49
ENCARE.....	90	EVRYSDI.....	125	<i>fluvoxamine maleate</i>	112
Endocet.....	26, 27	<i>exemestane</i>	15	<i>fluvoxamine maleate er</i>	112
Enilloring.....	65	<i>ezetimibe</i>	48	<i>folic acid</i>	58
<i>enoxaparin sodium</i>	92	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	48	<i>fondaparinux sodium</i>	92
Enpresse-28.....	65	Falmina.....	65	<i>formoterol fumarate</i>	101
Enskyce.....	65	<i>famciclovir</i>	39	FOSAMAX PLUS D.....	59
<i>entacapone</i>	109	<i>famotidine</i>	84	<i>fosamprenavir calcium</i>	33
<i>entecavir</i>	32	FC2 FEMALE CONDOM.....	65	<i>fosfomycin tromethamine</i>	37
ENTRESTO.....	56	<i>febuxostat</i>	31	<i>fosinopril sodium</i>	55
<i>enulose</i>	88	<i>felbamate</i>	106	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	52
EPCLUSA.....	44	<i>felodipine er</i>	51	FOSRENOL.....	60
EPIDIOLEX.....	106	FEMCAP.....	65	FRAGMIN.....	93
<i>epinastine hcl</i>	95	<i>fenofibrate</i>	48	<i>frovatriptan succinate</i>	120
<i>epinephrine</i>	99	<i>fenofibrate micronized</i>	48	<i>furosemide</i>	54
Epitol.....	106	<i>fenofibric acid</i>	48	FUZEON.....	33
EPIVIR.....	33	<i>fenoprofen calcium</i>	25	Fyavolv.....	79
<i>eplerenone</i>	47	<i>fentanyl</i>	27	FYLNETRA.....	93

<i>gabapentin</i>	106, 107	HUMIRA (2 PEN).....	21	<i>icosapent ethyl</i>	48
<i>galantamine hydrobromide</i>	112	HUMIRA (2 SYRINGE).....	21	ILEVRO.....	98
<i>galantamine hydrobromide er</i> ..	112	HUMIRA PEN- PS/UV/ADOL HS START	21	<i>imatinib mesylate</i>	17
<i>gatifloxacin</i>	96	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	21	IMBRUVICA.....	17
GAVILYTE-C.....	88	HUMIRA-PED	22	<i>imipramine hcl</i>	115
Gavilyte-G.....	88	HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START	22	<i>imipramine pamoate</i>	115
<i>gemfibrozil</i>	48	HUMIRA- PSORIASIS/UEVIT STARTER.....	22	<i>imiquimod</i>	131
Gemmily.....	65	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	77	Incassia.....	66
<i>generlac</i>	88	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	77	<i>indapamide</i>	54
Gengraf.....	24	<i>hydralazine hcl</i>	57	INLYTA.....	17
GENOTROPIN.....	81	<i>hydrochlorothiazide</i>	54	INTELENCE.....	33, 34
GENOTROPIN MINIQUICK.....	81	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i> ..	104	INTRAROSA.....	83
<i>gentamicin sulfate</i>	96, 127	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	27	Introvale.....	66
GENVOYA.....	42	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	104	INVIRASE.....	34
<i>glatiramer acetate</i>	111	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	27	IOPIDINE.....	95
Glatopa.....	111	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	28	<i>ipratropium bromide</i>	99
GLEOSTINE.....	14	<i>hydrocortisone</i>	80, 86, 131	<i>ipratropium-albuterol</i>	101
<i>glimepiride</i>	78	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	84	<i>irbesartan</i>	47
<i>glipizide</i>	78	<i>hydrocortisone butyrate</i>	131	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	53
<i>glipizide er</i>	78	<i>hydrocortisone valerate</i>	131	ISENTRESS.....	34
<i>glipizide-metformin hcl</i>	76	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	133	ISENTRESS HD.....	34
GLUCAGEN HYPOKIT.....	60	<i>hydromet</i>	104	Isibloom.....	66
<i>glucagon emergency</i>	60	<i>hydromorphone hcl</i>	28	<i>isoniazid</i>	37
<i>glycopyrrolate</i>	84	<i>hydromorphone hcl er</i>	28	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	56
GLYXAMBI.....	59	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	23	<i>isosorbide dinitrate</i>	56
<i>goodsense aspirin</i>	32	<i>hydroxyurea</i>	20	<i>isosorbide mononitrate</i>	56
<i>goodsense nicotine</i>	118	<i>hydroxyzine hcl</i>	100	<i>isosorbide mononitrate er</i>	56
<i>granisetron hcl</i>	85	<i>hydroxyzine pamoate</i>	100	<i>isotretinoin</i>	127
<i>griseofulvin microsize</i>	38	HYQVIA.....	24	<i>isradipine</i>	51
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	38	HYRIMOZ.....	22	<i>itraconazole</i>	38
<i>guaifenesin-codeine</i>	104	HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER.....	22	<i>ivermectin</i>	38, 131
<i>guanfacine hcl</i>	57	HYRIMOZ-PED	22	Jaimiess.....	66
<i>guanfacine hcl er</i>	124	HYRIMOZ-PED>/=40KG CROHN START	22	JAKAFI.....	17
GYNAZOLE-1.....	91	HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START	22	Jantoven.....	93
HAEGARDA.....	23	<i>ibandronate sodium</i>	59	JANUMET.....	59
Hailey 1.5/30.....	66	IBRANCE.....	17	JANUMET XR.....	59
Hailey 24 Fe.....	66	<i>ibuprofen</i>	25	JANUVIA.....	59
Hailey Fe 1.5/30.....	66	<i>icatibant acetate</i>	23	JARDIANCE.....	59
Hailey Fe 1/20.....	66	Iclevia.....	66	Jasmiel.....	66
<i>halcinonide</i>	131			Jencycla.....	66
<i>halobetasol propionate</i>	131			Jinteli.....	79
Haloette.....	66			Jolessa.....	66
<i>haloperidol</i>	117			Joyeaux.....	66
<i>haloperidol lactate</i>	117			Juleber.....	66
HARVONI.....	44			JULUCA.....	42
Heather.....	66			Junel 1.5/30.....	66
<i>heparin sodium (porcine)</i>	93			Junel 1/20.....	66
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	93			Junel Fe 1.5/30.....	67
HER STYLE.....	66			Junel Fe 1/20.....	67
				Junel Fe 24.....	67

Kaitlib Fe.....	67	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	18	Lojaimiess.....	68
KALETRA.....	42	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	18	<i>loperamide hcl</i>	85
Kalliga.....	67	Lessina.....	68	<i>lopinavir-ritonavir</i>	42
Kariva.....	67	<i>letrozole</i>	15	<i>lorazepam</i>	112
Kelnor 1/35.....	67	<i>leucovorin calcium</i>	16	LORBRENA.....	18
Kelnor 1/50.....	67	LEUKERAN.....	14	Loryna.....	68
KERENDIA.....	62	<i>leuprolide acetate</i>	15	<i>losartan potassium</i>	47
<i>ketoconazole</i>	128, 129	levobunolol <i>hcl</i>	96	<i>losartan potassium-hctz</i>	53
<i>ketorolac tromethamine</i>	25, 98	<i>levofloxacin</i>	44	<i>loteprednol etabonate</i>	98
KETOSTIX.....	83	Levonest.....	68	<i>lovastatin</i>	49
Klor-Con.....	57	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	68	Low-Ogestrel.....	69
Klor-Con 10.....	57	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> ...	68	<i>loxapine succinate</i>	117
Klor-Con M15.....	57	<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i> ...	68	Lo-Zumandimine.....	69
Kurvelo.....	67	<i>levonorgestrel</i>	68	<i>lubiprostone</i>	89
KYLEENA.....	67	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	68	<i>luliconazole</i>	128
<i>labetalol hcl</i>	50	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	68	LUMIGAN.....	96
<i>lacosamide</i>	107	Levora 0.15/30 (28).....	68	<i>lurasidone hcl</i>	117
LACRISERT.....	98	<i>levorphanol tartrate</i>	28	Lutera.....	69
<i>lactulose</i>	88	<i>levothyroxine sodium</i>	61	Lyleq.....	69
<i>lamivudine</i>	32, 34	Levoxyl.....	61	LYNPARZA.....	20
<i>lamivudine-zidovudine</i>	42	LEXIVA.....	34	LYSODREN.....	15
<i>lamotrigine</i>	107	<i>lice treatment</i>	125	Lyza.....	69
<i>lamotrigine er</i>	107	<i>lidocaine</i>	127	<i>malathion</i>	125
<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	107	<i>lidocaine hcl</i>	126, 127	<i>maraviroc</i>	34
<i>lamotrigine starter kit-green</i> ...	107	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i> ..	127	<i>marlissa</i>	69
<i>lamotrigine starter kit-orange</i> ..	107	<i>lidocaine viscous hcl</i>	126	MARPLAN.....	115
<i>lancets</i>	83	<i>lidocaine-prilocaine</i>	127	MATULANE.....	14
<i>lancing device</i>	83	LILETTA (52 MG).....	68	Matzim La.....	51
<i>lansoprazole</i>	87	<i>linezolid</i>	46	<i>meclizine hcl</i>	85
Larin 1.5/30.....	67	LINZESS.....	89	<i>meclofenamate sodium</i>	25
Larin 1/20.....	67	<i>liothyronine sodium</i>	61	MEDROL.....	80
Larin 24 Fe.....	67	<i>lisinopril</i>	55	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	
Larin Fe 1.5/30.....	67	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	52	.....	69, 81
Larin Fe 1/20.....	67	<i>lithium</i>	125	<i>mefenamic acid</i>	25
<i>latanoprost</i>	96	<i>lithium carbonate</i>	125	<i>mefloquine hcl</i>	39
Layolis Fe.....	67	<i>lithium carbonate er</i>	125	<i>megestrol acetate</i>	15, 81
Leena.....	68	LO LOESTRIN FE.....	68	MEKINIST.....	18
<i>leflunomide</i>	23	Loestrin 1.5/30 (21).....	68	<i>meloxicam</i>	25
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	17	Loestrin 1/20 (21).....	68	<i>melphalan</i>	14
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	18	Loestrin Fe 1.5/30.....	68	<i>memantine hcl</i>	112
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	18	Loestrin Fe 1/20.....	68	<i>memantine hcl er</i>	112
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	18	Loestrin Fe 1/20.....	68	MENEST.....	79
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	18			<i>meprobamate</i>	112
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	18			<i>mercaptopurine</i>	16
				Merzee.....	69
				<i>mesalamine</i>	86, 87
				<i>mesalamine er</i>	86
				<i>mesalamine-cleanser</i>	87
				MESNEX.....	16
				<i>metaxalone</i>	110

<i>metformin hcl</i>	75	<i>morphine sulfate</i>	29	<i>nicotine step 3</i>	118
<i>metformin hcl er</i>	75	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	29	NICOTROL.....	118
<i>methadone hcl</i>	28, 29	<i>morphine sulfate er</i>	29	NICOTROL NS.....	118
Methadone Hcl Intensol.....	28	MOTOFEN.....	85	<i>nifedipine er</i>	51
Methadose.....	29	MOVANTIK.....	89	<i>nifedipine er osmotic release</i>	51
<i>methamphetamine hcl</i>	124	<i>moxifloxacin hcl</i>	44, 96	Nikki.....	70
<i>methazolamide</i>	54	<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	96	<i>nimodipine</i>	52
<i>methenamine hippurate</i>	46	MULTAQ.....	47	<i>nisoldipine er</i>	52
<i>methimazole</i>	61	<i>mupirocin</i>	127	<i>nitazoxanide</i>	46
<i>methocarbamol</i>	110	MY CHOICE.....	70	<i>nitisinone</i>	59
<i>methotrexate sodium</i>	16, 23	MY WAY.....	70	NITRO-BID.....	56
<i>methoxsalen rapid</i>	129	MYALEPT.....	81	NITRO-DUR.....	56
<i>methscopolamine bromide</i>	84	<i>mycophenolate mofetil</i>	24	<i>nitrofurantoin</i>	46
<i>methsuximide</i>	107	<i>mycophenolate sodium</i>	24	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	46
<i>methylphenidate hcl</i>	124, 125	MYRBETRIQ.....	91	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	46
<i>methylphenidate hcl er</i>	124	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	88	<i>nitroglycerin</i>	56
<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	124	<i>nabumetone</i>	25	NIVESTYM.....	94
<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	124	<i>nadolol</i>	50	<i>nizatidine</i>	84
<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	124	<i>naftifine hcl</i>	128	Nora-Be.....	70
<i>methylprednisolone</i>	80	<i>naloxone hcl</i>	112	NORDIPEN 5 INJECTION	
<i>metoclopramide hcl</i>	85	<i>naltrexone hcl</i>	112	DEVICE.....	81
<i>metolazone</i>	54	<i>naproxen</i>	25	NORDIPEN DELIVERY	
<i>metoprolol succinate er</i>	50	<i>naratriptan hcl</i>	120	SYSTEM.....	81
<i>metoprolol tartrate</i>	50	NARCAN.....	112	NORDITROPIN FLEXPRO.....	81
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	52	NATACYN.....	96	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	70
<i>metronidazole</i>	46, 91, 132	NATAZIA.....	70	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	70
Mibelas 24 Fe.....	69	<i>nateglinide</i>	78	<i>norethindrone</i>	70
<i>miconazole 3</i>	91	NAYZILAM.....	107	<i>norethindrone acetate</i>	81
Microgestin 1.5/30.....	69	<i>nebivolol hcl</i>	50	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> ... 70	
Microgestin 1/20.....	69	Necon 0.5/35 (28).....	70	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	79
Microgestin 24 Fe.....	69	<i>nefazodone hcl</i>	115	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> ... 70	
Microgestin Fe 1.5/30.....	69	<i>neomycin sulfate</i>	37	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	70
Microgestin Fe 1/20.....	69	<i>neomycin-bacitracin zn-</i>		<i>norgestimate-eth estradiol</i>	70
<i>midodrine hcl</i>	57	<i>polymyx</i>	96	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> ... 70	
MIFEPREX.....	83	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	97	Norlyroc.....	71
<i>mifepristone</i>	83	<i>neomycin-polymyxin-</i>		NORPACE CR.....	47
<i>miglitol</i>	76	<i>gramicidin</i>	96	Nortrel 0.5/35 (28).....	71
Mili.....	69	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> 97, 133		Nortrel 1/35 (21).....	71
Mimvey.....	79	NEUPRO.....	109	Nortrel 7/7/7.....	71
<i>minocycline hcl</i>	45, 46	NEVANAC.....	98	<i>nortriptyline hcl</i>	115
<i>minoxidil</i>	57	<i>nevirapine</i>	34	NORVIR.....	34, 35
MIRCERA.....	94	<i>nevirapine er</i>	34	NOVOFINE.....	83
MIRENA (52 MG).....	69	NEW DAY.....	70	NOVOFINE PEN NEEDLE.. 83	
<i>mirtazapine</i>	115	NEXIUM.....	87	NOVOLIN 70/30.....	77
<i>misoprostol</i>	89	NEXPLANON.....	70	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.. 77	
<i>modafinil</i>	122	NEXTSTELLIS.....	70	NOVOLIN N.....	77
<i>moexipril hcl</i>	56	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> .. 50		NOVOLIN N FLEXPEN.....	77
<i>mometasone furoate</i>	102, 131	<i>nicardipine hcl</i>	51	NOVOLIN R.....	77
Mono-Linyah.....	70	<i>nicotine</i>	118	NOVOLIN R FLEXPEN.....	77
<i>montelukast sodium</i>	99	<i>nicotine polacrilex</i>	118	NOVOLOG.....	77

NOVOLOG FLEXPEN.....	77	OPTIONS GYNOL II		<i>permethrin</i>	125
NOVOLOG MIX 70/30.....	78	CONTRACEPTIVE.....	90	<i>perphenazine</i>	117
NOVOLOG MIX 70/30		Oralone.....	126	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	122
FLEXPEN.....	78	ORAVIG.....	126	<i>phenelzine sulfate</i>	115
NOVOLOG PENFILL.....	78	ORENITRAM.....	55	<i>phenobarbital</i>	107
NUBEQA.....	15	ORENITRAM MONTH 1.....	55	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	57
NUCALA.....	99	ORENITRAM MONTH 2.....	55	<i>phenylephrine hcl</i>	98
Nyamyc.....	128	ORENITRAM MONTH 3.....	55	<i>phenytoin</i>	107
Nylia 1/35.....	71	ORFADIN.....	59	Phenytoin Infatabs.....	107
Nylia 7/7/7.....	71	ORLISSA.....	78	<i>phenytoin sodium extended</i>	107
Nymyo.....	71	<i>orphenadrine citrate er</i>	110	PHEXXI.....	90
<i>nystatin</i>	38, 126, 128	<i>oseltamivir phosphate</i>	39	Philith.....	71
<i>nystatin-triamcinolone</i>	128	OSPHENA.....	83	PHOSPHOLINE IODIDE.....	96
Nystop.....	128	OTEZLA.....	22	Physiolyte.....	98
NYVEPRIA.....	94	<i>oxaprozin</i>	26	Physiosol Irrigation.....	98
Ocella.....	71	<i>oxazepam</i>	112	PIFELTRO.....	35
<i>octreotide acetate</i>	60	<i>oxcarbazepine</i>	107	<i>pilocarpine hcl</i>	96, 126
ODEFSEY.....	42	<i>oxiconazole nitrate</i>	128	<i>pimecrolimus</i>	132
ODOMZO.....	20	<i>oxybutynin chloride</i>	91	<i>pimozide</i>	123
OFEV.....	99	<i>oxybutynin chloride er</i>	91	Pimtree.....	71
<i>ofloxacin</i>	44, 97, 133	<i>oxycodone hcl</i>	29, 30	<i>pindolol</i>	51
<i>olanzapine</i>	117	<i>oxycodone hcl er</i>	29	<i>pioglitazone hcl</i>	78
<i>olmesartan medoxomil</i>	47	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	30	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	76
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	53	<i>oxymorphone hcl</i>	30, 31	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> ..	76
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	53	<i>oxymorphone hcl er</i>	30	<i>pirfenidone</i>	99
<i>olopatadine hcl</i>	95, 100	Pacerone.....	47	<i>piroxicam</i>	26
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	48	<i>paliperidone er</i>	117	PLENVU.....	89
<i>omeprazole</i>	87	<i>pantoprazole sodium</i>	88	<i>podofilox</i>	132
<i>omeprazole-sodium</i>		PARAGARD		Polycin.....	97
<i>bicarbonate</i>	88	INTRAUTERINE COPPER..	71	<i>polyethylene glycol 3350</i>	89
OMNARIS.....	102	<i>paricalcitol</i>	58	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	97
OMNIFLEX DIAPHRAGM.	71	<i>paromomycin sulfate</i>	37	POMALYST.....	19
OMNIPOD 5 G6 INTRO		<i>paroxetine hcl</i>	115	Portia-28.....	71
(GEN 5).....	83	<i>paroxetine hcl er</i>	115	<i>posaconazole</i>	38
OMNIPOD 5 G6 PODS		PAXLOVID (150/100).....	39	<i>potassium chloride</i>	57
(GEN 5).....	83	PAXLOVID (300/100).....	39	<i>potassium chloride crys er</i>	57
OMNIPOD CLASSIC PODS		PEDIATRIC PANDA		<i>potassium chloride er</i>	57
(GEN 3).....	83	MASK.....	105	<i>potassium citrate er</i>	92
OMNIPOD DASH INTRO		<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	88	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ..	109
(GEN 4).....	83	<i>peg-3350/electrolytes</i>	88	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	109
OMNIPOD DASH PDM		PEGASYS.....	44	.....	109
(GEN 4).....	83	<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	88	<i>prasugrel hcl</i>	94
OMNIPOD DASH PODS		PEG-PREP.....	89	<i>pravastatin sodium</i>	49
(GEN 4).....	83	<i>penciclovir</i>	132	<i>praziquantel</i>	38
<i>ondansetron</i>	86	<i>penicillamine</i>	61	<i>prazosin hcl</i>	47
<i>ondansetron hcl</i>	85	<i>penicillin v potassium</i>	45	PRECISION XTRA	
ONGENTYS.....	109	<i>pentamidine isethionate</i>	46	KETONE.....	83
OPCICON ONE-STEP.....	71	<i>pentoxifylline er</i>	94	<i>prednisolone</i>	80
OPSUMIT.....	54	<i>perindopril erbumine</i>	56	<i>prednisolone acetate</i>	98
OPTION 2.....	71	Periogard.....	126		

<i>prednisolone sodium phosphate</i>	Reclipsen.....	71	Setlakin.....	72
..... 80, 98	RECTIV.....	132	<i>sevelamer carbonate</i>	60
<i>prednisone</i>	REGANEX.....	127	Sharobel.....	72
PREDNISON INTENSOL..	RELENZA DISKHALER.....	39	SHUR-SEAL	
<i>pregabalin</i>	RELISTOR.....	90	CONTRACEPTIVE.....	90
PREMARIN.....	REMODULIN.....	55	SIGNIFOR.....	84
Prevalite.....	<i>repaglinide</i>	78	<i>sildenafil citrate</i>	55
PREZCOBIX.....	REPATHA.....	49	<i>silodosin</i>	92
PREZISTA.....	REPATHA PUSHTRONEX		<i>silver sulfadiazine</i>	127
PRIFTIN.....	SYSTEM.....	49	SIMBRINZA.....	96
<i>primaquine phosphate</i>	REPATHA SURECLICK.....	49	Simliya.....	72
<i>primidone</i>	RESCRIPTOR.....	35	Simpesse.....	72
<i>probenecid</i>	RETACRIT.....	94	<i>simvastatin</i>	49
<i>prochlorperazine</i>	RETROVIR.....	35	<i>sirolimus</i>	24
<i>prochlorperazine maleate</i>	REVLIMID.....	19	SIRTURO.....	37
Proctozone-Hc.....	REXULTI.....	117	SKYLA.....	72
<i>progesterone</i>	REYATAZ.....	35	SKYRIZI.....	23
<i>promethazine hcl</i>	<i>ribavirin</i>	39, 44	SKYRIZI PEN.....	23
<i>promethazine vc</i>	<i>rifabutin</i>	37	<i>sleep-aid</i>	119
<i>promethazine vclcodeine</i>	<i>rifampin</i>	37	SLYND.....	72
<i>promethazine-codeine</i>	<i>riluzole</i>	125	<i>sm nicotine</i>	119
<i>promethazine-dm</i>	<i>rimantadine hcl</i>	39	<i>sodium chloride</i>	105, 127
Promethegan.....	RINVOQ.....	23	<i>sodium fluoride</i>	58
PROMETHEGAN.....	<i>risedronate sodium</i>	59	<i>sodium phenylbutyrate</i>	82
<i>propafenone hcl</i>	<i>risperidone</i>	117	<i>solifenacin succinate</i>	91
<i>propafenone hcl er</i>	<i>ritonavir</i>	35	SOLQUA.....	75
<i>proparacaine hcl</i>	<i>rivastigmine</i>	113	SOMATULINE DEPOT.....	60
<i>propranolol hcl</i>	<i>rivastigmine tartrate</i>	112	SOMAVERT.....	60
<i>propranolol hcl er</i>	Rivelsa.....	72	<i>sotalol hcl</i>	48
<i>propylthiouracil</i>	<i>rizatriptan benzoate</i>	121	<i>sotalol hcl (af)</i>	48
<i>protriptyline hcl</i>	<i>roflumilast</i>	105	SOVALDI.....	44
<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	<i>ropinirole hcl</i>	109	<i>spinosad</i>	126
<i>pyrazinamide</i>	<i>rosuvastatin calcium</i>	49	SPIRIVA RESPIMAT.....	100
<i>pyridostigmine bromide</i>	<i>rufinamide</i>	108	<i>spironolactone</i>	54
<i>pyridostigmine bromide er</i>	RUKOBIA.....	35	<i>spironolactone-hctz</i>	54
<i>pyrimethamine</i>	RUXIENCE.....	19	Sprintec 28.....	72
QELBREE.....	RYCLORA.....	100	SPRYCEL.....	18
<i>quetiapine fumarate</i>	RYDAPT.....	18	SPS.....	59
<i>quetiapine fumarate er</i>	SANCUSO.....	86	Sronyx.....	72
<i>quinapril hcl</i>	SANDIMMUNE.....	24	Ssd.....	128
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ... 52	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	81	<i>stavudine</i>	36
<i>quinine sulfate</i>	SAVELLA.....	119	STELARA.....	23
QVAR REDIHALER.....	SAVELLA TITRATION		STIVARGA.....	18
<i>rabeprazole sodium</i>	PACK.....	119	STRIBILD.....	42
<i>raloxifene hcl</i>	<i>scopolamine</i>	86	STRIVERDI RESPIMAT... 101	
<i>ramelteon</i>	<i>selegiline hcl</i>	109	SUBLOCADE.....	25
<i>ramipril</i>	<i>selenium sulfide</i>	129	SUCRAID.....	90
<i>ranolazine er</i>	SELZENTRY.....	35, 36	<i>sucralfate</i>	90
<i>rasagiline mesylate</i>	SEREVENT DISKUS.....	101	SUFLAVE.....	89
REACT.....	<i>sertraline hcl</i>	116	<i>sulconazole nitrate</i>	128

<i>sulfacetamide sodium</i>	97	<i>terazosin hcl</i>	92	<i>tretinoin</i>	20, 127
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ..	127	<i>terbinafine hcl</i>	38	<i>tretinoin microsphere</i>	127
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	97	<i>terbutaline sulfate</i>	101	<i>tretinoin microsphere pump</i>	127
<i>sulfadiazine</i>	38	<i>terconazole</i>	91	<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	38	<i>testosterone</i>	62	.....	102, 126, 131
SULFAMYLON.....	128	<i>testosterone cypionate</i>	62	<i>triamterene</i>	54
<i>sulfasalazine</i>	87	<i>testosterone enanthate</i>	62	<i>triamterene-hctz</i>	54
<i>sulindac</i>	26	<i>tetrabenazine</i>	125	<i>triazolam</i>	120
<i>sumatriptan</i>	121	<i>tetracycline hcl</i>	46	Tri-Estarylla.....	72
<i>sumatriptan succinate</i>	121	THALOMID.....	19	<i>trifluoperazine hcl</i>	117
<i>sumatriptan succinate refill</i>	121	<i>theophylline</i>	105	<i>trifluridine</i>	97
<i>sumatriptan-naproxen sodium</i>	121	<i>theophylline er</i>	105	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	109
<i>sunitinib malate</i>	19	<i>thioridazine hcl</i>	117	TRIKAFTA.....	103
SUNLENCA.....	36	<i>thiothixene</i>	117	Tri-Legest Fe.....	72
SUNOSI.....	122	<i>tiagabine hcl</i>	108	Tri-Linyah.....	72
SUSTIVA.....	36	Tilia Fe.....	72	Tri-Lo-Estarylla.....	73
SUTAB.....	89	<i>timolol maleate</i>	51, 96	Tri-Lo-Marzia.....	73
Syeda.....	72	<i>timolol maleate (once-daily)</i>	96	Tri-Lo-Mili.....	73
SYMFI.....	42	<i>tinidazole</i>	38	Tri-Lo-Sprintec.....	73
SYMFI LO.....	42	<i>tiotropium bromide</i>		<i>trimethobenzamide hcl</i>	86
SYMLINPEN 120.....	75	<i>monohydrate</i>	100	<i>trimethoprim</i>	46
SYMLINPEN 60.....	75	Tis-U-Sol.....	98	Tri-Mili.....	73
SYMTUZA.....	42	TIVICAY.....	36	<i>trimipramine maleate</i>	116
SYNAREL.....	61	TIVICAY PD.....	36	TRINTELLIX.....	116
SYNJARDY.....	59	<i>tizanidine hcl</i>	110	Tri-Nymyo.....	73
SYNJARDY XR.....	59	TOBRADEX.....	97	Tri-Sprintec.....	73
SYNTHROID.....	61	TOBRADEX ST.....	97	TRIUMEQ.....	43
TABLOID.....	16	<i>tobramycin</i>	97, 103	TRIUMEQ PD.....	43
<i>tacrolimus</i>	24, 132	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	97	Trivora (28).....	73
<i>tadalafil</i>	91	TODAY SPONGE.....	90	Tri-Vylibra.....	73
<i>tadalafil (pah)</i>	55	<i>tolmetin sodium</i>	26	Tri-Vylibra Lo.....	73
TAFINLAR.....	19	<i>tolterodine tartrate</i>	91	TRIZIVIR.....	43
<i>tafluprost (pf)</i>	96	<i>tolterodine tartrate er</i>	91	<i>tropicamide</i>	98
TAGRISSE.....	19	<i>tolvaptan</i>	84	<i>trospium chloride</i>	91
TAKE ACTION.....	72	<i>topiramate</i>	108	<i>trospium chloride er</i>	91
<i>tamoxifen citrate</i>	15	<i>toremifene citrate</i>	15	TRULICITY.....	75
<i>tamsulosin hcl</i>	92	<i>torseamide</i>	54	TRUVADA.....	43
Tarina 24 Fe.....	72	<i>tramadol hcl</i>	31	TUKYSA.....	19
Tarina Fe 1/20 Eq.....	72	<i>tramadol hcl er</i>	31	Turqoz.....	73
<i>tasimelteon</i>	119	<i>tramadol-acetaminophen</i>	31	TWIRLA.....	73
Taysofy.....	72	<i>trandolapril</i>	56	TYBLUME.....	73
<i>tazarotene</i>	129	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	53	TYBOST.....	36
TAZORAC.....	129	<i>tranexamic acid</i>	94	Tydemy.....	73
Taztia Xt.....	52	<i>tranylcypromine sulfate</i>	116	TYMLOS.....	59
<i>telmisartan</i>	47	<i>travoprost (bak free)</i>	96	TYVASO.....	55
<i>telmisartan-amlodipine</i>	53	<i>trazodone hcl</i>	116	TYVASO REFILL.....	55
<i>telmisartan-hctz</i>	53	TRECTOR.....	37	TYVASO STARTER.....	55
<i>temazepam</i>	119	TRELEGY ELLIPTA.....	101	UBRELVY.....	121
<i>temozolomide</i>	14	TRESIBA.....	78	Unithroid.....	61
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	36	TRESIBA FLEXTOUCH.....	78	<i>urinary pain relief</i>	92

<i>ursodiol</i>	90	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
<i>valacyclovir hcl</i>	39	60.....	74
<i>valganciclovir hcl</i>	40	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
<i>valproic acid</i>	108	65.....	74
<i>valsartan</i>	47	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	53	70.....	74
<i>vancomycin hcl</i>	46	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
<i>varenicline tartrate</i>	119	75.....	74
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	119	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VARUBI (180 MG DOSE).....	86	80.....	74
VCF VAGINAL		WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
CONTRACEPTIVE.....	90	85.....	74
VELIVET.....	73	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VELPHORO.....	60	90.....	74
VEMLIDY.....	32	WIDE-SEAL DIAPHRAGM	
VENCLEXTA.....	16	95.....	74
VENCLEXTA STARTING		Wymzya Fe.....	74
PACK.....	16	XARELTO.....	93
<i>venlafaxine hcl</i>	116	XARELTO STARTER	
<i>venlafaxine hcl er</i>	116	PACK.....	93
VENTAVIS.....	55	XCOPRI.....	108
<i>verapamil hcl</i>	52	XCOPRI (250 MG DAILY	
<i>verapamil hcl er</i>	52	DOSE).....	108
VERZENIO.....	19	XCOPRI (350 MG DAILY	
Vestura.....	73	DOSE).....	108
V-GO 20.....	83	XEPI.....	128
V-GO 30.....	83	XIFAXAN.....	46, 47
V-GO 40.....	83	XTANDI.....	16
VICTOZA.....	75	Xulane.....	75
VIDEX.....	36	XULTOPHY.....	76
VIDEX EC.....	36	YOSPRALA.....	94
Vienna.....	73	Yuvaferm.....	80
<i>vigabatrin</i>	108	Zafemy.....	75
<i>vilazodone hcl</i>	116	<i>zafirlukast</i>	99
VIOKACE.....	87	<i>zaleplon</i>	120
<i>viorele</i>	74	ZENPEP.....	87
VIRACEPT.....	36	Zenzedi.....	125
VIREAD.....	37	ZERVIAE.....	95
VISTOGARD.....	20	ZIAGEN.....	37
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	58	<i>zidovudine</i>	37
VITRAKVI.....	19	<i>zileuton er</i>	104
Volnea.....	74	<i>ziprasidone hcl</i>	117
VOLTAREN.....	132	<i>zolmitriptan</i>	121
<i>voriconazole</i>	38, 39	<i>zolpidem tartrate</i>	120
VOSEVI.....	44	<i>zolpidem tartrate er</i>	120
Vyfemla.....	74	<i>zonisamide</i>	108
Vylibra.....	74	ZONTIVITY.....	94
<i>warfarin sodium</i>	93	Zovia 1/35 (28).....	75
Wera.....	74	Zumandimine.....	75
<i>westab max</i>	58		