

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.

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025

Plan Aetna Health Exchange - Florida

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.....	24
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES.....	30
CARDIOVASCULARES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS Y DEL SISTEMA CIRCULATORIO.....	44
COMPLEMENTOS NUTRICIONALES – VITAMINAS Y SUPLEMENTOS.....	54
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS.....	55
GASTROINTESTINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS INTESTINOS Y EL ESTÓMAGO.....	79
GENITOURINARIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES GENITALES Y DEL TRACTO URINARIO.....	85
HEMATOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE.....	87
OFTÁLMICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OJOS.....	89
OTROS.....	92
RESPIRATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS.....	93
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO.....	99
TÓPICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS.....	118

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 ավժճար խորհրդաստվությունն ստանալու համար զանգահարեք ձեր բժշկական ապահովագրության քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով
Bantu-Kirundi	Kugira uronke serivisi z'indimi ata kiguzi, hamagara inomero iri ku karangamuntu kawe
Bengali	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন।
Burmese	သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်၊ သင့် ID ကတ်ပေါ်တွင်ရှိသော ဖုန်းနံပါတ်အား ခေါ်ဆိုပါ။
Catalan	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per a vostè, telefoni al número indicat a la seva targeta d'identificació.
Cebuano	Aron maakses ang mga serbisyo sa lengguwahe nga wala kay bayran, tawagi ang numero nga anaa sa imong kard sa ID.
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hægu, ågang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Cherokee	ႤႬႠႬ ႱႠႠႠႠႠ ႠႠႠႠႠႠ Ⴀ ႠႠႠႠ ႠႠႠႠႠႠ ႠႠ, ႠႠႠႠႠႠ ႠႠႠ ႠႠႠႠ ႠႠႠႠႠႠ ႠႠႠႠႠႠ ႠႠႠႠႠႠ.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Choctaw	Anumpa tosholi i toksvli ya peh pilla ho ish i payahinla kvt chi holisso kallo iskitini holhtena takanli ma i payah
Chuukese	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamé), kopwe kééri ewe nampa mei mak won noum ena katen ID
Cushitic-Oromo	Tajaajiloota afaanii gatii bilisaa ati argaachuuf, lakkoofsa fuula waraaqaa eenyummaa (ID) kee irraa jiruun bilbili.
Dutch	Voor gratis taaldiensten, bel het nummer op uw ziekteverzekeringskaart.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Greek	Για πρόσβαση στις υπηρεσίες γλώσσας χωρίς χρέωση, καλέστε τον αριθμό στην κάρτα ασφάλισής σας.
Gujarati	તમારે કોઇ પણ જાતના ખર્ચ વિના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા આઇડી કાર્ડ પર રહેલ નંબર પર ફોલ 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 obụla, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gi
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်တၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ် လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢနကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်, ကိးဘၣ်လီၤတဲၤစီနီၣ်ဂံၢ်လၢအအိၣ်လၢနခိၣ်ဂီၢ် (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 گەیشتن 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 aṃ.
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.



Plan Aetna Health Exchange - Florida

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<p>lowercase italics = Generic drugs UPPERCASE = Brand name drugs</p> <p>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</p> <p>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</p>		
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>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 2025 - 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.

01/01/2025

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)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (120 CAPSULES per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
BIOSIMILARES		
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML (<i>rituximab-pvvr</i>)	NP*	PA
INHIBIDORES DE LA QUINASA		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG (<i>alectinib hcl</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (240 CAPSULES per 30 DAYs)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (<i>cabozantinib s-malate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG (<i>acalabrutinib maleate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYS)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 5 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (90 TABLETS per 30 DAYS)
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG (<i>regorafenib</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (84 TABLETS per 28 DAYs)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 CAPSULES per 30 DAYs)
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)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG (<i>thalidomide</i>)	PSP	PA; QL (112 CAPSULES per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG (<i>thalidomide</i>)	PSP	PA; QL (28 CAPSULES per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

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)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG (<i>niraparib tosylate</i>)	CE	PA; N7 (PSP); QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
AGENTES INMUNOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS (AUTOADMINISTRADOS)		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML (<i>tocilizumab</i>)	NPSP	PA; QL (4 INJECTIONS per 28 DAYS)
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 2025 - 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.

01/01/2025

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)
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 20 MG (<i>apremilast</i>)	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG (<i>apremilast</i>)	PSP	PA; QL (55 TABLETS per 28 DAYs)
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML (<i>upadacitinib</i>)	PSP	PA; QL (360 ML per 30 DAYs)
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) – MEDICAMENTOS PARA LA ARTRITIS REUMATOIDEA		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	PG	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	CE	N7 (PG)
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 100 MCG/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 2025 - 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.

01/01/2025

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/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	PG	ST; QL (4 PATCHES per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 15 mcg/hr, 20 mcg/hr</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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 300-30 mg/12.5ml</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)
<i>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 7.5-325 Mg)</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	NP*	PA; QL (120 LOZENGES per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	NP*	PA; ST
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr, 25 mcg/hr</i>	NP*	ST; QL (10 PATCHES per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PG	ST; QL (60 CAPSULES per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 50 mg</i>	PG	PA; ST
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	PG	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 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	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 7.5-325 mg/15ml</i>	NP*	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (2700 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (180 TABLETS per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (240 TABLETS per 30 days)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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 solution 20 mg/5ml</i>	PG	ST; N8 (Subject to initial limit); QL (675 ML per 30 DAYS)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	
<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		
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS 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)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (<i>etravirine</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG (<i>saquinavir mesylate</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (60 PACKETS per 30 DAYS)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	PB	QL (180 TABLETS per 30 DAYS)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	PG	QL (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)
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
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)
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	PB	QL (300 TABLETS per 30 DAYS)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	PB	QL (120 TABLETS per 30 DAYS)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	PB	QL (240 GRAMS per 30 DAYS)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>	NP*	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG (<i>rifapentine</i>)	PB	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	NP*	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	PG	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG (<i>bedaquiline fumarate</i>)	NPSP	
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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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
<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 (<i>artemether-lumefantrine</i>)	NP*	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	NP*	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg, 26.3 mg</i>	PG	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	NP*	
ANTIVIRALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VIRALES		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	PG	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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 (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	NP*	QL (40 TABLETS per 30 DAYS)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	NP*	QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT (<i>zanamivir</i>)	PB	QL (2 INHALERS per 90 Days)
<i>ribavirin inhalation solution reconstituted 6 gm</i>	PG	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	PG	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	PG	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	PSP	PA; QL (1000 ML per 30 DAYS)
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	PSP	PA; QL (120 TABLETS per 30 days)
CEFALOSPORINAS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>cefaclor 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>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	PG	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	PG	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	PG	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	NP*	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>cefepodoxime 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)
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
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)
<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-tenofovir</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>)	NP*	QL (30 TABLETS per 30 days)
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG (<i>darun-cobic-emtricit-tenofovir</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG (<i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i>)	PB	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>triumeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</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	
<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 2025 - 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.

01/01/2025

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 B		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	PSP	
BARACLUDE 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)
HEPATITIS C		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	NP*	PA; QL (28 PELLETS per 28 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	NP*	PA; QL (56 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 (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	NP*	PA; QL (28 PELLETS per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	NP*	PA; QL (56 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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 (<i>sofosbuvir</i>)	NPSP	PA; ST; QL (28 PELLETS per 28 DAYs)
SOVALDI ORAL PACKET 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	NPSP	PA; ST; QL (56 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)
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 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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	
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
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*	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>finerenone</i>)	NP*	PA
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	PG	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	PG	
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	NP*	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
ANTIARRÍTMICOS – MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR EL RITMO CARDÍACO		
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	PG	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	NP*	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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*	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 ACL/COMBINACIONES: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG (<i>bempedoic acid</i>)	PB	
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*	
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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>)	PB	PA; QL (1 CARTRIDGE per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	PB	PA; QL (3 SYRINGES per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML (<i>evolocumab</i>)	PB	PA; QL (3 PENS per 28 days)
ANTILIPÉMICOS, RESINAS DE ÁCIDO BILIAR: MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL COLESTEROL ALTO		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	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</i> (Prevalite Oral Powder 4 Gm/Dose)	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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>diltiazem hcl (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg, 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)</i>	PG	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	PG	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PG	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	PG	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg</i>	PG	
<i>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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	PG	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	PG	
DIURIL ORAL SUSPENSION 250 MG/5ML (<i>chlorothiazide</i>)	NP*	
<i>ethacrynic acid oral tablet 25 mg</i>	NP*	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	PG	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PG	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	PG	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	PG	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	PG	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	PG	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	PG	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES CARDÍACAS		
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	PG	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg, 62.5 mcg</i>	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 (<i>riociguat</i>)	NPSP	PA; QL (90 TABLETS per 30 DAYs)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 DAYs)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (<i>macitentan</i>)	PSP	PA; QL (30 TABLETS per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

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 KIT INHALATION SOLUTION 0.6 MG/ML (<i>treprostinil</i>)	PSP	PA; QL (28 AMPULES per 28 DAYS)
TYVASO STARTER KIT 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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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 CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG (<i>sacubitril-valsartan</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	
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 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/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	PG	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	NP*	
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*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	PG	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	PG	
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule 10 mg</i>	PSP	PA; QL (360 CAPSULES per 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, 15 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	
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>sodium fluoride oral tablet chewable 2.2 (1 f) mg</i>	PG	
SOLUVITA ORAL SOLUTION 0.5 MG/ML (<i>sodium fluoride</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 applies for ages 5 and under, otherwise not covered); AL (Max 5 Years)
VITAMINAS – VITAMINAS Y SUPLEMENTOS		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</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>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 50000 unit</i>	PG	
VITAMINAS PRENATALES		
ELITE-OB ORAL TABLET 50-1.25 MG (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	PG	
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DIABETES Y REGULAR LAS HORMONAS		
BIJUVA ORAL CAPSULE 0.5-100 MG, 1-100 MG (<i>estradiol-progesterone</i>)	NP*	PA; N8 (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	PG	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	PG	
<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)
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*	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

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, 0.75 mg/1.25 gm (0.06%), 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	
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 (<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*	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	PG	
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM (<i>estrogens, conjugated</i>)	NP*	
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</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)
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> (Sps (Sodium Polystyrene Sulf) Combination Suspension 15 Gm/60ML)	PG	
<i>estradiol</i> (Yuvaferm Vaginal Tablet 10 Mcg)	NP*	
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*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ELIMINADORES DE POTASIO: MEDICAMENTOS PARA REGULAR LOS NIVELES DE POTASIO		
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> (Kionex Combination Suspension 15 Gm/60ML)	PG	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION 30 GM/120ML (<i>sodium polystyrene sulfonate</i>)	PG	
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL BAJO NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	PG	
AGENTES PARA LA TIROSINEMIA HEREDITARIA TIPO 1: MEDICAMENTOS PARA REEMPLAZAR, MODIFICAR Y TRATAR		
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PSP	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML (<i>nitisinone</i>)	PSP	PA
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	
AGENTES TIROIDEOS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LOS NIVELES DE TIROIDES		
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	PG	
<i>levothyroxine sodium</i> (Levoxyl Oral Tablet 100 Mcg, 112 Mcg, 125 Mcg, 137 Mcg, 150 Mcg, 175 Mcg, 200 Mcg, 25 Mcg, 50 Mcg, 75 Mcg, 88 Mcg)	PG	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	PG	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG (<i>levothyroxine sodium</i>)	PB	
<i>levothyroxine sodium</i> (Unithroid Oral Tablet 100 Mcg, 112 Mcg, 125 Mcg, 200 Mcg, 25 Mcg, 300 Mcg, 50 Mcg, 75 Mcg, 88 Mcg)	PG	
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE CALCIO		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	PSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	PSP	PA; QL (120 TABLETS per 30 days)
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/act (2%), 25 mg/2.5gm (1%)</i>	PG	PA
ANTICONCEPTIVOS – PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Afirmelle Oral Tablet 0.1-20 Mg-Mcg)	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</i> (Altavera Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Amethyst Oral Tablet 90-20 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
ANNOVERA VAGINAL RING 0.013-0.15 MG/24HR (<i>segesterone-ethinyl estradiol</i>)	CE	N7 (Not Covered); QL (1 RING per 300 DAYS)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Apri Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Aranelle Oral Tablet 0.5/1/0.5-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Ashlyna Oral Tablet 0.15-0.03 & 0.01 Mg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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 (21/5)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Dolishale Oral Tablet 90-20 Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<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>norethindrone</i> (Emzahh Oral Tablet 0.35 Mg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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> (Gemmiily Oral Capsule 1-20 Mg-Mcg(24))	CE	N7 (Not Covered)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg)	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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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>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)
OPILL ORAL TABLET 0.075 MG (<i>norgestrel</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> (Pimtreea 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Reclipsen Oral Tablet 0.15-30 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Rivelsa Oral Tablet 42-21-21-7 Days)	CE	N7 (Not Covered)
<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 2025 - 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.

01/01/2025

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-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)
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	CE	N7 (Not Covered)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Volnea Oral Tablet 0.15-0.02/0.01 Mg (21/5))	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Vyfemla Oral Tablet 0.4-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Vylibra Oral Tablet 0.25-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Wera Oral Tablet 0.5-35 Mg-Mcg)	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</i> (Wymzya Fe Oral Tablet Chewable 0.4-35 Mg-Mcg)	CE	N7 (Not Covered)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDIABÉTICOS, AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA		
<i>liraglutide subcutaneous solution pen-injector 18 mg/3ml</i>	PG	ST; QL (3 PENS per 30 DAYS)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG (<i>semaglutide</i>)	PB	ST; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-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>)	PB	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
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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, COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA 4 (DPP-4)		
<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
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
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIONES DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO Y GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)		
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
ANTIDIABÉTICOS, COMBINACIONES DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO Y GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)/INHIBIDORES DE LA DPP-4		
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG (<i>empagliflozin-linagliptin</i>)	PB	ST
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, INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA 4 (DPP-4)		
<i>alogliptin benzoate oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	NP*	ST

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>sitagliptin phosphate</i>)	PB	ST
ANTIDIABÉTICOS, INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO Y GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)		
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG (<i>empagliflozin</i>)	PB	ST
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*	
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	
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PG	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	PG	
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	PB	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML (<i>nafarelin acetate</i>)	NPSP	PA
ESTRÓGENOS – MEDICAMENTOS PARA REGULAR LAS HORMONAS FEMENINAS		
MENEST ORAL TABLET 1.25 MG, 2.5 MG (<i>esterified estrogens</i>)	NP*	PA; AL (Max 70 Years)
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*	
PREDNISONA 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	PG	
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 FLEXPPO 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 LA PROGESTINA		
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	
REGULADORES DE CALCIO, BIFOSFONATOS: MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PÉRDIDA ÓSEA		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	PG	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg</i>	PG	
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT, 70-5600 MG-UNIT (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)	NP*	ST
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	NP*	
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 30 mg, 35 mg, 5 mg</i>	NP*	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REGULADORES DE CALCIO, HORMONAS PARATIROIDEAS		
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML (<i>abaloparatide</i>)	PSP	PA; QL (1 PEN per 30 days)
REGULADORES DE CALCIO, VARIOS		
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	PG	
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 TEST 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 glucose receiver</i>)	PB	
DEXCOM G6 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	PB	QL (3 SENSORS per 25 DAYS)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	PB	
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	PB	
DEXCOM G7 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	PB	QL (3 SENSORS per 25 days)
DIASTIX IN VITRO STRIP (<i>glucose urine test-glucose ox</i>)	PB	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	PB	
OMNIPOD 5 G7 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>betaine oral powder</i>	PSP	PA
<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	
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 11.3 MG (<i>metreleptin</i>)	PSP	PA; QL (30 VIALS per 30 DAYS)
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG (<i>ospemifene</i>)	NP*	PA

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

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)
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	PSP	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	PSP	PA
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		
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)
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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>doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release 10-10 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)
<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 solution 6.25 mg/5ml</i>	PG	PA; AL (Max 70 Years)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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*	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	PG	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	PG	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	PG	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm, 800 mg</i>	NP*	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	PG	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	PG	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	PG	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	PG	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES – MEDICAMENTOS PARA EL ESTREÑIMIENTO		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML <i>(sod picosulfate-mag ox-cit acd)</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)
PEG-PREP ORAL KIT 5-210 MG-GM (<i>bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl</i>)	CE	N7 (Not Covered); N8 (\$0 copay for members age 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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</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)
RECTALES, CORTICOSTEROIDES		
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	PG	
<i>hydrocortisone (Proctozone-Hc External Cream 2.5 %)</i>	PG	
SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE CON DIARREA		
<i>alosetron 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	
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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*	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	PG	
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML (<i>mirabegron</i>)	PB	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>oxybutynin chloride oral 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	NP*	
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	PG	
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES VAGINALES		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG (<i>clindamycin phosphate</i>)	PB	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	NP*	
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 % (<i>butoconazole nitrate (1 dose)</i>)	NP*	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	PG	
<i>miconazole 3 vaginal suppository 200 mg</i>	PG	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	PG	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	NP*	
DISFUNCIÓN ERÉCTIL		
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	PA; QL (30 TABLETS per 30 days)
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRÓSTATA AGRANDADA		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	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*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	PG	
<i>urinary pain relief oral tablet 95 mg</i>	PG	
HEMATOLÓGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LA SANGRE		
AGENTES PARA LA TROMBOCITOPENIA: MEDICAMENTOS PARA TRATAR LOS TRASTORNOS PLAQUETARIOS		
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)
ANEMIA FALCIFORME		
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG (<i>hydroxyurea</i>)	PB	
ANTICOAGULANTES – DILUYENTES DE LA SANGRE		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG (<i>apixaban</i>)	PB	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (<i>apixaban</i>)	PB	
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	PG	
<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*	
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 UNT/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 1000 unit/ml, 5000 unit/0.5ml</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet 1 Mg, 10 Mg, 2 Mg, 2.5 Mg, 3 Mg, 4 Mg, 5 Mg, 6 Mg, 7.5 Mg)	PG	
<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
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML (<i>pegfilgrastim-pbbk</i>)	PSP	PA; QL (2 INJECTIONS per 28 DAYs)
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.3ML, 120 MCG/0.3ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.3ML, 30 MCG/0.3ML, 50 MCG/0.3ML, 75 MCG/0.3ML (<i>methoxy peg-epoetin beta</i>)	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

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 sulfata</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	
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	PG	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	PG	
OFTÁLMICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LOS OJOS		
<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*	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 % (<i>bimatoprost</i>)	PB	ST
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	
ANTIALÉRGICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR ALERGIAS		
ALOCRILOPHTHALMIC 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	
ZERVIA TE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 % (<i>cetirizine hcl</i>)	NP*	
ANTIINFECCIOSOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR INFECCIONES		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>azithromycin</i>)	PB	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	NP*	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	PG	
<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	
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution 0.5 %</i>	PG	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	
<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 % (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	PB	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 % (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	PB	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	NP*	
ANTIINFLAMATORIOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA INFLAMACIÓN		
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION 0.45 % (<i>ketorolac tromethamine</i>)	PB	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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	
<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*	
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 % (<i>echothiophate iodide</i>)	NP*	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %</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</i> (Physiolyte Irrigation Solution)	PG	
<i>irrigation solns physiological</i> (Physiosol Irrigation Irrigation Solution)	PG	
<i>ringers irrigation</i> (Tis-U-Sol Irrigation Solution)	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

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	
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 30 DAYS)
ANTIHIISTAMÍNICOS – 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/act</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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
COMBINACIONES DE ANTIHISTAMÍNICOS		
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension 137-50 mcg/act</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 50-25 MCG/INH (<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>)	PB	QL (1 PACKAGE per 30 DAYs)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	PG	N8 (Listing does not include certain NDCs); QL (3 PACKAGES per 30 days)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated 100-25 mcg/act</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 30 DAYS)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated 200-25 mcg/act</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	PG	QL (1 INHALER 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 mcg/act (0.025%)</i>	PG	QL (3 CONTAINERS per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	PG	QL (1 CONTAINER per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</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 mcg/act</i>	PG	QL (1 PACKAGE per 30 days)
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>elexacaftor-tezacaftor-ivacafti</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>elexacaftor-tezacaftor-ivacafti</i>)	PSP	PA; QL (56 PACKETS per 28 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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)
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*	
RESFRÍO/TOS		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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-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		
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	PB	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	PB	
FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL (<i>spacer/aero-hold chamber mask</i>)	PB	
PEDIATRIC PANDA MASK (<i>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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML (<i>erenumab-aooe</i>)	PB	QL (1 INJECTION per 30 Days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5ML (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	PB	ST; QL (3 INJECTIONS per 90 DAYs)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 225 MG/1.5ML (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	PB	ST; QL (3 INJECTIONS per 90 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)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2 MG (<i>ergotamine tartrate</i>)	PSP	
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>frovatriptan succinate oral tablet 2.5 mg</i>	NP*	QL (18 TABLETS per 30 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>	PG	
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	PG	QL (12 TABLETS per 30 days)
<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	
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG (<i>atogepant</i>)	PB	ST; QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	PG	
<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/act</i>	NP*	QL (12 SPRAYS per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>ubrogepant</i>)	NP*	ST; QL (16 TABLETS per 30 DAYS)
<i>zolmitriptan nasal solution 2.5 mg</i>	PG	QL (12 SPRAYS 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)
AGENTES ANTICONVULSIVOS: MEDICAMENTOS PARA TRATAR LAS CONVULSIONES		
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	PG	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	PG	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	PG	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	PG	
<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 (<i>phenytoin sodium extended</i>)	NP*	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	PG	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	PG	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	PG	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML (<i>cannabidiol</i>)	PSP	PA; QL (800 ML per 30 days)
<i>carbamazepine</i> (Eitol Oral Tablet 200 Mg)	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)
<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 (anticonvulsant)</i>)	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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	PG	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	PG	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	PG	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	PG	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PG	ST
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	PG	ST
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	NP*	
<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, 25 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	
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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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	
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>orphenadrine-aspirin-caffeine oral tablet 25-385-30 mg</i>	NP*	PA; N8 (High Risk Medications require PA for members age 70 and older); AL (Max 70 Years)
<i>orphenadrine-aspirin-caffeine (Orphengesic Forte Oral Tablet 50-770-60 Mg)</i>	NP*	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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG (<i>interferon beta-1b</i>)	PSP	PA; QL (14 INJECTIONS per 28 DAYs)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	NPSP	PA; QL (60 TABLETS per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	PSP	PA; QL (14 CAPSULES per 28 DAYs)
<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)
<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	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	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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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>bupirone 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*	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (150 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	NP*	QLR (QL applies to members age 65 and older); QL (90 CAPSULES per 30 days); AL (Max 65 Years)
<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 0.4 mg/ml, 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	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML (<i>naloxone hcl</i>)	PG	QL (4 SPRAYS per 25 DAYS)
RIVIVE NASAL LIQUID 3 MG/0.1ML (<i>naloxone hcl</i>)	PG	QL (4 SPRAYS per 25 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEMENCIA – MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DEMENCIA Y LA PÉRDIDA DE MEMORIA		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 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	
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	PG	
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	NP*	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	NP*	
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	
<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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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	
ANTIPSICÓTICOS – 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	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	PG	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	PG	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	PG	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	PG	
<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 (<i>brexpiprazole</i>)	NP*	ST
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	PG	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	PG	
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PG	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	PG	
<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 2025 - 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.

01/01/2025

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 2025 - 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.

01/01/2025

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*	QLR (QL applies to members age 65 and older); 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 2025 - 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.

01/01/2025

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)
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>lofexidine hcl oral tablet 0.18 mg</i>	PG	
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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, 100 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	PG	
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution 5 mg/5ml</i>	PG	QL (1200 ML per 30 days)
<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>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	PG	QL (60 CAPSULES per 30 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	PG	QL (30 CAPSULES per 30 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	PG	QL (60 TABLETS per 30 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	PG	QL (30 TABLETS per 30 DAYS)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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> (Zenzedi 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)
TÓPICOS – MEDICAMENTOS PARA TRATAR AFECCIONES DE LA PIEL Y LOS OÍDOS		
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</i> (Oralene Mouth/Throat Paste 0.1 %)	PG	
ORAVIG BUCCAL TABLET 50 MG (<i>miconazole</i>)	NP*	QL (14 TABLETS per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Periogard Mouth/Throat Solution 0.12 %)	PG	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	PG	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	PG	
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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 % (<i>becaplermin</i>)	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	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	PG	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	PG	QL (30 GM per 30 days)
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	PG	
<i>silver sulfadiazine (Ssd External Cream 1 %)</i>	PG	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM (<i>mafenide acetate</i>)	NP*	
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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 G per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	PG	QL (120 G 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)
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 0.05 %</i>	PG	PA
<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 % (<i>tazarotene</i>)	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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	NP*	QL (120 GM per 30 days)
<i>clobetasol propionate e 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 G per 30 days)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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)
<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)

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERMATOLOGÍA, DERMATITIS ATÓPICA		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 % (<i>crisaborole</i>)	NP*	ST; QL (60 GM per 30 days)
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	NP*	PA
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	NP*	
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
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 liquid 1 %</i>	PG	
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	NP*	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	NP*	
SKLICE EXTERNAL LOTION 0.5 % (<i>ivermectin</i>)	PB	
<i>sm lice treatment external liquid 1 %</i>	PG	
<i>spinosad external suspension 0.9 %</i>	NP*	
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 % (<i>azelaic acid</i>)	PB	
<i>ivermectin external cream 1 %</i>	NP*	PA
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	NP*	QL (60 GM per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	NP*	QL (60 G per 30 days)
<i>metronidazole external gel 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*	
AMELUZ EXTERNAL GEL 10 % (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	NP*	

Guía de medicamentos de Aetna Pharmacy 2025 - 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.

01/01/2025

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	PG	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	PG	
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	PSP	PA
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	PG	QL (300 GM per 30 days)
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	PG	
<i>penciclovir external cream 1 %</i>	PG	
<i>podofilox external gel 0.5 %</i>	PG	
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	PG	
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*	
<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 2025 - 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.

01/01/2025

Índice

<i>abacavir sulfate</i>	30	ALINIA.....	43	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	88
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	38	<i>aliskiren fumarate</i>	53	ARCALYST.....	23
<i>abiraterone acetate</i>	15	<i>allopurinol</i>	30	<i>arformoterol tartrate</i>	94
<i>acamprosate calcium</i>	112	<i>almotriptan malate</i>	99	<i>aripiprazole</i>	111
<i>acarbose</i>	72	ALOCRILO.....	90	<i>armodafinil</i>	115
ACCU-CHEK AVIVA PLUS....	77	<i>alogliptin benzoate</i>	72	ARNUITY ELLIPTA.....	97
ACCU-CHEK GUIDE TEST....	77	<i>alogliptin-metformin hcl</i>	72	<i>asenapine maleate</i>	111
ACCU-CHEK SMARTVIEW ...	77	<i>alogliptin-pioglitazone</i>	72	Ashlyna.....	59
ACCU-CHEK SMARTVIEW		ALOMIDE.....	90	ASMANEX (120 METERED	
CONTROL.....	77	<i>alose tron hcl</i>	84	DOSES).....	97
ACCU-CHEK SOFTCLIX		<i>alprazolam</i>	107	ASMANEX (30 METERED	
LANCETS.....	77	ALPRAZOLAM INTENSOL...	106	DOSES).....	97
<i>acebutolol hcl</i>	47	ALTABAX.....	120	ASMANEX (60 METERED	
<i>acetaminophen-codeine</i>	25	Altavera.....	59	DOSES).....	97
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	25	ALVESCO.....	97	ASMANEX HFA.....	97
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	25	<i>alyacen 1/35</i>	59	<i>aspirin adult low strength</i>	30
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	25	<i>alyacen 7/7/7</i>	59	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	89
<i>acetazolamide</i>	50	<i>amantadine hcl</i>	104	<i>atazanavir sulfate</i>	30
<i>acetazolamide er</i>	50	<i>ambrisentan</i>	51	<i>atenolol</i>	47
<i>acetic acid</i>	125	<i>amcinonide</i>	122	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	49
<i>acetylcysteine</i>	98	AMELUZ.....	124	<i>atomoxetine hcl</i>	116
<i>acitretin</i>	121	Amethyst.....	59	<i>atorvastatin calcium</i>	46
ACTEMRA.....	20	<i>amiloride hcl</i>	50	<i>atovaquone</i>	43
ACTEMRA ACTPEN.....	20	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...	51	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	36
ACTIMMUNE.....	23	<i>amiodarone hcl</i>	44	ATRIPLA.....	38
ACUVAIL.....	91	<i>amitriptyline hcl</i>	108	<i>atropine sulfate</i>	92
<i>acyclovir</i>	36, 37, 124	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ..	49	Aubra Eq.....	60
<i>adalimumab-adaz</i>	20	<i>amlodipine besylate</i>	48	Aurovela 1.5/30.....	60
<i>adapalene</i>	119	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> ...	50	Aurovela 1/20.....	60
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	119	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	45	Aurovela 24 Fe.....	60
<i>adefovir dipivoxil</i>	41	<i>amlodipine-olmesartan</i>	50	Aurovela Fe 1.5/30.....	60
ADEMPAS.....	51	<i>ammonium lactate</i>	125	Aurovela Fe 1/20.....	60
ADMELOG.....	73	<i>amoxapine</i>	108	AUTOLET PLATFORMS.....	77
ADMELOG SOLOSTAR.....	73	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	81	Aviane.....	60
AEROCHAMBER PLUS		<i>amoxicillin</i>	42	<i>avidoxy</i>	42
FLOW VU.....	98	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	42	Ayuna.....	60
Afirmelle.....	59	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> ...	42	AZASITE.....	90
AFTERA.....	59	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> .	116	<i>azathioprine</i>	23
AFTERPILL.....	59	<i>amphetamine-</i>		<i>azelaic acid</i>	124
AIMOVIG.....	99	<i>dextroamphetamine</i>	116	<i>azelastine hcl</i>	90, 94
AJOVY.....	99	<i>ampicillin</i>	42	<i>azelastine-fluticasone</i>	95
AKYNZEO.....	80	<i>anagrelide hcl</i>	89	<i>azithromycin</i>	40
<i>ala-cort</i>	121	<i>anastrozole</i>	15	Azurette.....	60
<i>albendazole</i>	35	ANNOVERA.....	59	<i>bacitracin</i>	90
<i>albuterol sulfate</i>	94	ANORO ELLIPTA.....	95	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	90
<i>albuterol sulfate hfa</i>	94	APOKYN.....	104	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i> .	91
<i>alclometasone dipropionate</i>	122	<i>apraclonidine hcl</i>	89	<i>baclofen</i>	105
<i>alcohol prep</i>	77	<i>aprepitant</i>	80	<i>balsalazide disodium</i>	81
ALECENSA.....	16	Apri.....	59	Balziva.....	60
<i>alendronate sodium</i>	76	APTIVUS.....	30	BARACLUDGE.....	41
<i>alfuzosin hcl er</i>	86	Aranelle.....	59	BASAGLAR KWIKPEN.....	73

BASAGLAR TEMPO PEN.....	73	<i>bupirone hcl</i>	107	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	115
BAXDELA.....	41	<i>butorphanol tartrate</i>	25	<i>chlorhexidine gluconate</i>	118
BD VEO INSULIN SYRINGE		<i>cabergoline</i>	78	<i>chloroquine phosphate</i>	36
U/F.....	77	CABOMETYX.....	16	<i>chlorpromazine hcl</i>	111
BELSOMRA.....	114	<i>calcipotriene</i>	121	<i>chlorthalidone</i>	51
<i>benazepril hcl</i>	52	<i>calcipotriene-betameth diprop</i>	121	<i>chlorzoxazone</i>	105
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	49	<i>calcitonin (salmon)</i>	77	<i>cholestyramine</i>	47
<i>benznidazole</i>	35	<i>calcitriol</i>	55, 121	<i>cholestyramine light</i>	47
<i>benzonatate</i>	97	<i>calcium acetate</i>	57	<i>chorionic gonadotropin</i>	77
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	119	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	57	<i>ciclopirox</i>	120
<i>benztropine mesylate</i>	104	CALQUENCE.....	16	<i>ciclopirox olamine</i>	120
<i>bepotastine besilate</i>	90	Camila.....	60	<i>cilostazol</i>	89
<i>betaine</i>	78	Camrese.....	60	CIMDUO.....	38
<i>betamethasone dipropionate</i>	122	Camrese Lo.....	60	<i>cimetidine</i>	79
<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>candesartan cilexetil</i>	44	<i>cinacalcet hcl</i>	59
<i>aug</i>	122	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	50	CIPRO.....	41
<i>betamethasone valerate</i>	122	<i>capecitabine</i>	16	<i>ciprofloxacin hcl</i>	41, 90, 125
BETASERON.....	106	CAPRELSA.....	16	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	125
<i>betaxolol hcl</i>	48, 89	<i>captopril</i>	52	<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i>	125
<i>bethanechol chloride</i>	86	<i>carbamazepine</i>	101	<i>citalopram hydrobromide</i>	109
BETIMOL.....	89	<i>carbamazepine er</i>	101	<i>clarithromycin</i>	40
BETOPTIC-S.....	89	<i>carbidopa</i>	104	<i>clarithromycin er</i>	40
BEVESPI AEROSPHERE.....	95	<i>carbidopa-levodopa</i>	104	<i>clemastine fumarate</i>	94
<i>bexarotene</i>	20, 125	<i>carbidopa-levodopa er</i>	104	CLENPIQ.....	83
<i>bicalutamide</i>	15	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>		CLEOCIN.....	86
BIJUVA.....	55	104	CLEVER CHOICE HOLDING	
BIKTARVY.....	38	<i>carbinoxamine maleate</i>	94	CHAMBER.....	98
<i>bisoprolol fumarate</i>	48	CARDURA XL.....	86	CLIMARA PRO.....	55
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	49	<i>carglumic acid</i>	55	<i>clindamycin hcl</i>	43
Blisovi 24 Fe.....	60	<i>carisoprodol</i>	105	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	43
Blisovi Fe 1.5/30.....	60	<i>carteolol hcl</i>	89	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	
Blisovi Fe 1/20.....	60	Cartia Xt.....	48	119
<i>bosentan</i>	51	<i>carvedilol</i>	48	<i>clindamycin phosphate</i>	86, 119
BREO ELLIPTA.....	95	<i>carvedilol phosphate er</i>	48	<i>clobazam</i>	101
<i>briellyn</i>	60	CAYA.....	60	<i>clobetasol propionate</i>	122
<i>brimonidine tartrate</i>	89, 124	CAYSTON.....	96	<i>clobetasol propionate e</i>	122
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	89	<i>cefaclor</i>	37	<i>clocortolone pivalate</i>	122
<i>brinzolamide</i>	89	<i>cefadroxil</i>	37	<i>clomipramine hcl</i>	107
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	91	<i>cefdinir</i>	37	<i>clonazepam</i>	101
<i>bromocriptine mesylate</i>	104	<i>cefixime</i>	37	<i>clonidine</i>	53
<i>budesonide</i>	81, 97	<i>cefpodoxime proxetil</i>	37, 38	<i>clonidine hcl</i>	53
<i>budesonide er</i>	81	<i>cefprozil</i>	38	<i>clopidogrel bisulfate</i>	89
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	96	<i>cefuroxime axetil</i>	38	<i>clorazepate dipotassium</i>	101
<i>bumetanide</i>	51	<i>celecoxib</i>	30	<i>clotrimazole</i>	118, 120
<i>buprenorphine</i>	24	<i>cephalexin</i>	38	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	120
<i>buprenorphine hcl</i>	106	CERDELGA.....	55	<i>clozapine</i>	111
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		<i>cevimeline hcl</i>	118	COARTEM.....	36
.....	106	Charlotte 24 Fe.....	61	<i>codeine sulfate</i>	25
<i>bupropion hcl</i>	109	Chateal Eq.....	61	<i>colchicine</i>	30
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	113	CHEMET.....	58	<i>colchicine-probenecid</i>	30
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	109	CHEMSTRIP 9.....	77	<i>colestipol hcl</i>	47
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	109	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	107	COMBIVIR.....	38

COMPLERA.....	38	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	79	<i>divalproex sodium er</i>	101
Compro.....	80	<i>desmopressin acetate</i>	79	<i>dofetilide</i>	44
<i>condoms</i>	61	<i>desmopressin acetate spray</i>	79	Dolishale.....	61
CORLANOR.....	53	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	61	<i>donepezil hcl</i>	108
CORTISPORIN-TC.....	125	<i>desonide</i>	122	DOPTELET.....	87
COSENTYX.....	20	<i>desoximetasone</i>	122	<i>dorzolamide hcl</i>	89
COSENTYX (300 MG DOSE)...	20	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	109	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	89
COSENTYX SENSOREADY		<i>dexamethasone</i>	75	DOVATO.....	38
(300 MG).....	20	DEXAMETHASONE		<i>doxazosin mesylate</i>	86
COSENTYX SENSOREADY		INTENSOL.....	75	<i>doxepin hcl</i>	109, 114, 121
PEN.....	20	<i>dexamethasone sodium</i>		<i>doxercalciferol</i>	55
COSENTYX UNOREADY.....	21	<i>phosphate</i>	92	<i>doxycycline hyclate</i>	43
CREON.....	82	DEXCOM G6 RECEIVER.....	77	<i>doxycycline monohydrate</i>	43
CRESEMBA.....	36	DEXCOM G6 SENSOR.....	77	<i>doxylamine-pyridoxine</i>	80
CRINONE.....	76	DEXCOM G6 TRANSMITTER.....	77	<i>dronabinol</i>	80
<i>cromolyn sodium</i>	84, 90, 96	DEXCOM G7 RECEIVER.....	77	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> ...	61
CROTAN.....	124	DEXCOM G7 SENSOR.....	77	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ...	61
Cryselle-28.....	61	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	116	DROXIA.....	87
CURAE.....	61	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	116	DUAVEE.....	56
<i>cvs ivermectin lice treatment</i> ...	124	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	117	<i>duloxetine hcl</i>	109
<i>cvs lice treatment</i>	124	<i>dextroamphetamine sulfate er</i> ...	116	<i>dutasteride</i>	86
<i>cyanocobalamin</i>	55	DIASTIX.....	77	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	86
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	105	<i>diazepam</i>	101	DYANAVEL XR.....	117
<i>cyclophosphamide</i>	14	Diazepam Intensol.....	101	<i>econazole nitrate</i>	120
<i>cycloserine</i>	35	<i>diclofenac potassium</i>	24	ECONTRA ONE-STEP.....	61
<i>cyclosporine</i>	23, 92	<i>diclofenac sodium</i>	24, 92, 125	EDURANT.....	31
<i>cyclosporine modified</i>	23	<i>diclofenac sodium er</i>	24	<i>efavirenz</i>	31
<i>cyproheptadine hcl</i>	94	<i>diclofenac-misoprostol</i>	29	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	38
Cyred Eq.....	61	<i>dicloxacillin sodium</i>	42	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i> ...	39
CYSTAGON.....	78	<i>dicyclomine hcl</i>	79	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> ...	39
CYSTARAN.....	92	DIFICID.....	40	Effer-K.....	54
<i>dalfampridine er</i>	106	<i>diflorasone diacetate</i>	123	ELESTRIN.....	56
<i>danazol</i>	75	<i>diflunisal</i>	30	<i>eletriptan hydrobromide</i>	99
<i>dantrolene sodium</i>	105	<i>difluprednate</i>	92	ELIGARD.....	15
<i>dapsone</i>	43	<i>digoxin</i>	51	Elinest.....	61
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	85	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	99	ELIQUIS.....	87
<i>darunavir</i>	31	DILANTIN.....	101	ELIQUIS DVT/PE STARTER	
<i>dasatinib</i>	17	<i>diltiazem hcl</i>	48	PACK.....	87
Dasetta 1/35.....	61	<i>diltiazem hcl er</i>	48	ELITE-OB.....	55
Dasetta 7/7/7.....	61	<i>diltiazem hcl er beads</i>	48	ELLA.....	61
Daysee.....	61	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	48	ELMIRON.....	86
DAYVIGO.....	114	<i>dilt-xr</i>	48	Eluryng.....	61
Deblitane.....	61	<i>dimethyl fumarate</i>	106	EMCYT.....	14
<i>deferiprone</i>	58	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	106	EMGALITY.....	99
DELSTRIGO.....	38	DIPENTUM.....	81	EMGALITY (300 MG DOSE)...	99
Delyla.....	61	<i>diphenhydramine hcl</i>	94	<i>emtricitabine</i>	31
<i>demeclocycline hcl</i>	43	<i>diphenoxylate-atropine</i>	79, 80	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	39
DEPO-ESTRADIOL.....	55	<i>dipyridamole</i>	89	EMTRIVA.....	31
DEPO-SUBQ PROVERA 104... 61		<i>disopyramide phosphate</i>	44	EMVERM.....	35
DESCOVY.....	38	<i>disulfiram</i>	112	Emzahh.....	61
<i>desipramine hcl</i>	109	DIURIL.....	51	<i>enalapril maleate</i>	52
<i>desloratadine</i>	94	<i>divalproex sodium</i>	101, 102	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ...	49

ENBREL.....	21	EVRYSDI.....	118	<i>folic acid</i>	55
ENBREL MINI.....	21	<i>exemestane</i>	15	<i>fondaparinux sodium</i>	87
ENBREL SURECLICK.....	21	<i>ezetimibe</i>	46	<i>formoterol fumarate</i>	95
ENCARE.....	85	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	46	FOSAMAX PLUS D.....	76
Endocet.....	25	Falmina.....	62	<i>fosamprenavir calcium</i>	31
Enilloring.....	62	<i>famciclovir</i>	37	<i>fosfomycin tromethamine</i>	35
<i>enoxaparin sodium</i>	87	<i>famotidine</i>	79	<i>fosinopril sodium</i>	52
Enpresse-28.....	62	FC2 FEMALE CONDOM.....	62	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	50
Enskyce.....	62	<i>febuxostat</i>	30	FOSRENOL.....	57
<i>entacapone</i>	104	<i>felbamate</i>	102	FRAGMIN.....	87
<i>entecavir</i>	41	<i>felodipine er</i>	49	<i>frovatriptan succinate</i>	100
ENTRESTO.....	53	FEMCAP.....	62	<i>furosemide</i>	51
<i>enulose</i>	83	<i>fenofibrate</i>	45	FUZEON.....	31
EPCLUSA.....	41	<i>fenofibrate micronized</i>	45	Fyavolv.....	56
EPIDIOLEX.....	102	<i>fenofibric acid</i>	45	FYLNETRA.....	88
<i>epinastine hcl</i>	90	<i>fenoprofen calcium</i>	24	<i>gabapentin</i>	102
<i>epinephrine</i>	93	<i>fentanyl</i>	25	<i>galantamine hydrobromide</i>	108
Epitol.....	102	<i>fentanyl citrate</i>	25	<i>galantamine hydrobromide er.</i>	108
EPIVIR.....	31	FERRIPROX.....	58	<i>gatifloxacin</i>	90
<i>eplerenone</i>	44	FERRIPROX TWICE-A-DAY...58		GAVILYTE-C.....	83
EPZICOM.....	39	<i>fesoterodine fumarate er</i>	85	Gavilyte-G.....	83
ERGOMAR.....	99	FETZIMA.....	109	<i>gemfibrozil</i>	45
<i>ergotamine-caffeine</i>	99	FETZIMA TITRATION.....	110	Gemmily.....	62
<i>erlotinib hcl</i>	17	FIASP.....	73	<i>generlac</i>	83
Errin.....	62	FIASP FLEXTOUCH.....	73	Gengraf.....	23
ERTACZO.....	121	FIASP PENFILL.....	73	GENOTROPIN.....	76
<i>ery</i>	119	FINACEA.....	124	GENOTROPIN MINIQUICK...76	
Ery-Tab.....	40	<i>finasteride</i>	86	<i>gentamicin sulfate</i>	90, 120
<i>erythromycin</i>	90, 119	<i>finngolimod hcl</i>	106	GENVOYA.....	39
<i>erythromycin base</i>	40	Finzala.....	62	<i>glatiramer acetate</i>	106
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	40	<i>flecainide acetate</i>	45	Glatopa.....	106
<i>escitalopram oxalate</i>	109	FLEXICHAMBER CHILD.....		GLEOSTINE.....	14
<i>esomeprazole magnesium</i>	82	MASK/SMALL.....	98	<i>glimepiride</i>	74
Estarylla.....	62	<i>fluconazole</i>	36	<i>glipizide</i>	75
<i>estazolam</i>	114	<i>fludrocortisone acetate</i>	75	<i>glipizide er</i>	74
<i>estradiol</i>	56	<i>flunisolide</i>	96	<i>glipizide-metformin hcl</i>	72
<i>estradiol valerate</i>	56	<i>fluocinolone acetonide</i>	123, 125	<i>glucagon emergency</i>	58
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	56	<i>fluocinolone acetonide body</i>	123	<i>glycopyrrolate</i>	79
<i>eszopiclone</i>	114	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ...123		GLYXAMBI.....	72
<i>ethacrynic acid</i>	51	<i>fluocinonide</i>	123	<i>goodsense aspirin</i>	30
<i>ethambutol hcl</i>	35	<i>fluorouracil</i>	124	<i>goodsense nicotine</i>	113
<i>ethosuximide</i>	102	<i>fluoxetine hcl</i>	110	<i>granisetron hcl</i>	80
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	62	<i>fluphenazine hcl</i>	112	<i>griseofulvin microsize</i>	36
<i>etodolac</i>	24	<i>flurbiprofen</i>	24	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	36
<i>etodolac er</i>	24	<i>flurbiprofen sodium</i>	92	<i>guaifenesin-codeine</i>	98
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	62	<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>	96	<i>guanfacine hcl</i>	54
<i>etoposide</i>	19	<i>fluticasone propionate</i>	96, 123	<i>guanfacine hcl er</i>	117
<i>etravirine</i>	31	<i>fluticasone-salmeterol</i>	96	GYNAZOLE-1.....	86
EUCRISA.....	124	<i>fluvastatin sodium</i>	46	HAEGARDA.....	22
EVAMIST.....	56	<i>fluvastatin sodium er</i>	46	Hailey 1.5/30.....	62
<i>everolimus</i>	17, 23	<i>fluvoxamine maleate</i>	107	Hailey 24 Fe.....	62
EVOTAZ.....	39	<i>fluvoxamine maleate er</i>	107	Hailey Fe 1.5/30.....	62

Hailey Fe 1/20.....	62	IMBRUVICA.....	17	Kelnor 1/35.....	63
<i>halcinonide</i>	123	<i>imipramine hcl</i>	110	Kelnor 1/50.....	64
<i>halobetasol propionate</i>	123	<i>imipramine pamoate</i>	110	KERENDIA.....	44
Haloette.....	62	<i>imiquimod</i>	124	<i>ketoconazole</i>	121
<i>haloperidol</i>	112	Incassia.....	63	<i>ketorolac tromethamine</i>	24, 92
<i>haloperidol lactate</i>	112	<i>indapamide</i>	51	KETOSTIX.....	78
HARVONI.....	41	INLYTA.....	17	Kionex.....	58
Heather.....	62	INTELENCE.....	31	Klor-Con.....	54
<i>heparin sodium (porcine)</i>	87	INTRAROSA.....	78	Klor-Con 10.....	54
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	87	Introvale.....	63	Klor-Con M15.....	54
HER STYLE.....	62	INVIRASE.....	32	Kurvelo.....	64
HUMULIN R U-500		IOPIDINE.....	89	KYLEENA.....	64
(CONCENTRATED).....	73	<i>ipratropium bromide</i>	93	<i>labetalol hcl</i>	48
HUMULIN R U-500		<i>ipratropium-albuterol</i>	95	<i>lacosamide</i>	102
KWIKPEN.....	73	<i>irbesartan</i>	44	LACRISERT.....	92
<i>hydralazine hcl</i>	54	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	50	<i>lactulose</i>	83
<i>hydrochlorothiazide</i>	51	ISENTRESS.....	32	<i>lamivudine</i>	32, 41
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i> ..	98	ISENTRESS HD.....	32	<i>lamivudine-zidovudine</i>	39
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	26	Isibloom.....	63	<i>lamotrigine</i>	102
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i> ..	98	<i>isoniazid</i>	35	<i>lamotrigine er</i>	102
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	26	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	53	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	102
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	26	<i>isosorbide dinitrate</i>	53	<i>lamotrigine starter kit-green</i>	102
<i>hydrocortisone</i>	75, 81, 123	<i>isosorbide mononitrate</i>	53	<i>lamotrigine starter kit-orange</i> ..	102
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	84	<i>isosorbide mononitrate er</i>	53	<i>lancets</i>	78
<i>hydrocortisone butyrate</i>	123	<i>isotretinoin</i>	119	<i>lancing device</i>	78
<i>hydrocortisone valerate</i>	123	<i>isradipine</i>	49	<i>lansoprazole</i>	82
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	125	<i>itraconazole</i>	36	Larin 1.5/30.....	64
<i>hydromet</i>	98	<i>ivabradine hcl</i>	53	Larin 1/20.....	64
<i>hydromorphone hcl</i>	26, 27	<i>ivermectin</i>	35, 124	Larin 24 Fe.....	64
<i>hydromorphone hcl er</i>	26	Jaimiess.....	63	Larin Fe 1.5/30.....	64
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	22	JAKAFI.....	18	Larin Fe 1/20.....	64
<i>hydroxyurea</i>	20	Jantoven.....	88	<i>latanoprost</i>	89
<i>hydroxyzine hcl</i>	94	JANUMET.....	72	Layolis Fe.....	64
<i>hydroxyzine pamoate</i>	94	JANUMET XR.....	72	Leena.....	64
HYQVIA.....	23	JANUVIA.....	73	<i>leflunomide</i>	23
HYRIMOZ.....	21	JARDIANCE.....	73	LENVIMA (10 MG DAILY	
HYRIMOZ-CROHNS/UC		Jasmiel.....	63	DOSE).....	18
STARTER.....	21	Jencycla.....	63	LENVIMA (12 MG DAILY	
HYRIMOZ-PED<40KG		Jinteli.....	56	DOSE).....	18
CROHN STARTER.....	21	Jolessa.....	63	LENVIMA (14 MG DAILY	
HYRIMOZ-PED>=40KG		Joyeaux.....	63	DOSE).....	18
CROHN START.....	21	Juleber.....	63	LENVIMA (18 MG DAILY	
HYRIMOZ-PLAQUE		JULUCA.....	39	DOSE).....	18
PSORIASIS START.....	21	Junel 1.5/30.....	63	LENVIMA (20 MG DAILY	
<i>ibandronate sodium</i>	76	Junel 1/20.....	63	DOSE).....	18
IBRANCE.....	17	Junel Fe 1.5/30.....	63	LENVIMA (24 MG DAILY	
<i>ibuprofen</i>	24	Junel Fe 1/20.....	63	DOSE).....	18
<i>icatibant acetate</i>	22	Junel Fe 24.....	63	LENVIMA (4 MG DAILY	
Iclevia.....	63	Kaitlib Fe.....	63	DOSE).....	18
<i>icosapent ethyl</i>	45	KALETRA.....	39	LENVIMA (8 MG DAILY	
ILEVRO.....	92	Kalliga.....	63	DOSE).....	18
<i>imatinib mesylate</i>	17	Kariva.....	63	Lessina.....	64

<i>letrozole</i>	15	LORBRENA.....	18	<i>methenamine hippurate</i>	43
<i>leucovorin calcium</i>	16	Loryna.....	65	<i>methimazole</i>	58
LEUKERAN.....	14	<i>losartan potassium</i>	44	<i>methocarbamol</i>	105
<i>leuprolide acetate</i>	15	<i>losartan potassium-hctz</i>	50	<i>methotrexate sodium</i>	16, 23
<i>levabuterol hcl</i>	95	<i>loteprednol etabonate</i>	92	<i>methoxsalen rapid</i>	121
<i>levabuterol tartrate</i>	95	<i>lovastatin</i>	46	<i>methscopolamine bromide</i>	79
LEVEMIR.....	73	Low-Ogestrel.....	65	<i>methsuximide</i>	102
LEVEMIR FLEXPEN.....	73	<i>loxapine succinate</i>	112	<i>methyl dopa</i>	54
<i>levetiracetam</i>	102	Lo-Zumandimine.....	65	<i>methylphenidate hcl</i>	118
<i>levetiracetam er</i>	102	<i>lubiprostone</i>	84	<i>methylphenidate hcl er</i>	117
<i>levobunolol hcl</i>	90	<i>luliconazole</i>	121	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	117
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	94	LUMIGAN.....	90	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	117
<i>levofloxacin</i>	41	<i>lurasidone hcl</i>	112	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	117
Levonest.....	64	Lutera.....	65	<i>methylprednisolone</i>	75
<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	64	Lyleq.....	65	<i>metoclopramide hcl</i>	80
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	64	LYNPARZA.....	20	<i>metolazone</i>	51
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	64	LYSODREN.....	15	<i>metoprolol succinate er</i>	48
<i>levonorgestrel</i>	64	Lyza.....	65	<i>metoprolol tartrate</i>	48
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	64	<i>malathion</i>	124	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	49
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	64	<i>maraviroc</i>	32	<i>metronidazole</i>	43, 86, 124
Levora 0.15/30 (28).....	64	<i>marlissa</i>	65	Mibelas 24 Fe.....	65
<i>levorphanol tartrate</i>	27	MARPLAN.....	110	<i>miconazole 3</i>	86
<i>levothyroxine sodium</i>	58	MATULANE.....	14	Microgestin 1.5/30.....	65
Levoxyl.....	58	Matzim La.....	49	Microgestin 1/20.....	66
LEXIVA.....	32	<i>meclizine hcl</i>	80	Microgestin Fe 1.5/30.....	66
<i>lice treatment</i>	124	<i>meclofenamate sodium</i>	24	Microgestin Fe 1/20.....	66
<i>lidocaine</i>	120	MEDROL.....	75	<i>midodrine hcl</i>	54
<i>lidocaine hcl</i>	118, 120	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	65, 76	MIFEPREX.....	78
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i> ..	120	<i>mefenamic acid</i>	24	<i>mifepristone</i>	78
<i>lidocaine viscous hcl</i>	118	<i>mefloquine hcl</i>	36	<i>miglitol</i>	72
<i>lidocaine-prilocaine</i>	120	<i>megestrol acetate</i>	15, 76	Mili.....	66
LILETTA (52 MG).....	65	MEKINIST.....	18	Mimvey.....	56
<i>linezolid</i>	43	<i>meloxicam</i>	24	<i>minocycline hcl</i>	43
LINZESS.....	84	<i>memantine hcl</i>	108	<i>minoxidil</i>	54
<i>lithyronine sodium</i>	58	<i>memantine hcl er</i>	108	MIRCERA.....	88
<i>liraglutide</i>	71	MENEST.....	56, 75	MIRENA (52 MG).....	66
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	117	<i>meprobamate</i>	107	<i>mirtazapine</i>	110
<i>lisinopril</i>	52	<i>mercaptopurine</i>	16	<i>misoprostol</i>	84
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	50	Merzee.....	65	<i>modafinil</i>	115
<i>lithium</i>	100	<i>mesalamine</i>	81	<i>moexipril hcl</i>	52
<i>lithium carbonate</i>	100	<i>mesalamine er</i>	81	<i>mometasone furoate</i>	96, 123
<i>lithium carbonate er</i>	100	<i>mesalamine-cleanser</i>	81	Mono-Linyah.....	66
LO LOESTRIN FE.....	65	MESNEX.....	16	<i>montelukast sodium</i>	93
Loestrin 1.5/30 (21).....	65	<i>metaxalone</i>	105	<i>morphine sulfate</i>	27, 28
Loestrin 1/20 (21).....	65	<i>metformin hcl</i>	71	<i>morphine sulfate (concentrate)</i> ...27	
Loestrin Fe 1.5/30.....	65	<i>metformin hcl er</i>	71	<i>morphine sulfate er</i>	27
Loestrin Fe 1/20.....	65	<i>methadone hcl</i>	27	MOTOFEN.....	80
<i>lofexidine hcl</i>	115	Methadone Hcl Intensol.....	27	MOVANTIK.....	84
Lojaimiess.....	65	Methadose.....	27	<i>moxifloxacin hcl</i>	41, 90
<i>loperamide hcl</i>	80	<i>methamphetamine hcl</i>	117	<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	90
<i>lopinavir-ritonavir</i>	39	<i>methazolamide</i>	51	MULTAQ.....	45
<i>lorazepam</i>	107			<i>mupirocin</i>	120

MY CHOICE.....	66	NITRO-DUR.....	53	NYVEPRIA.....	88
MY WAY.....	66	<i>nitrofurantoin</i>	43	Ocella.....	67
MYALEPT.....	78	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	43	<i>octreotide acetate</i>	57
<i>mycophenolate mofetil</i>	23	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> ...	43	ODEFSEY.....	39
<i>mycophenolate sodium</i>	23	<i>nitroglycerin</i>	53, 125	ODOMZO.....	20
MYRBETRIQ.....	85	NIVESTYM.....	88	OFEV.....	93
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	83	<i>nizatidine</i>	79	<i>ofloxacin</i>	41, 91, 125
<i>nabumetone</i>	24	Nora-Be.....	66	<i>olanzapine</i>	112
<i>nadolol</i>	48	NORDIPEN 5 INJECTION		<i>olmesartan medoxomil</i>	44
<i>naftifine hcl</i>	121	DEVICE.....	76	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	50
<i>naloxone hcl</i>	107	NORDIPEN DELIVERY		<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	50
<i>naltrexone hcl</i>	107	SYSTEM.....	76	<i>olopatadine hcl</i>	90, 94
<i>naproxen</i>	24	NORDITROPIN FLEXPRO.....	76	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	45
<i>naratriptan hcl</i>	100	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	66	<i>omeprazole</i>	82
NARCAN.....	107	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	66	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	82
NATACYN.....	91	<i>norethindrone</i>	66	OMNARIS.....	96
NATAZIA.....	66	<i>norethindrone acetate</i>	76	OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	67
<i>nateglinide</i>	74	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> ...	66	OMNIPOD 5 DEXG7G6	
NAYZILAM.....	102	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	56	INTRO GEN 5.....	78
<i>nebivolol hcl</i>	48	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	67	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS	
Necon 0.5/35 (28).....	66	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	67	GEN 5.....	78
<i>nefazodone hcl</i>	110	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	67	OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN	
<i>neomycin sulfate</i>	35	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	67	5).....	78
<i>neomycin-bacitracin zn-</i>		Norlyroc.....	67	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN	
<i>polymyx</i>	91	NORPACE CR.....	45	5).....	78
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> ...	91	Nortrel 0.5/35 (28).....	67	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	91	Nortrel 1/35 (21).....	67	(GEN 3).....	78
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	91, 125	Nortrel 7/7/7.....	67	OMNIPOD DASH INTRO	
NEUPRO.....	104	<i>nortriptyline hcl</i>	110	(GEN 4).....	78
NEVANAC.....	92	NORVIR.....	32	OMNIPOD DASH PDM (GEN	
<i>nevirapine</i>	32	NOVOFINE.....	78	4).....	78
<i>nevirapine er</i>	32	NOVOFINE PEN NEEDLE.....	78	OMNIPOD DASH PODS	
NEW DAY.....	66	NOVOLIN 70/30.....	74	(GEN 4).....	78
NEXIUM.....	82	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	73	<i>ondansetron</i>	80
NEXLETOL.....	46	NOVOLIN N.....	74	<i>ondansetron hcl</i>	80
NEXPLANON.....	66	NOVOLIN N FLEXPEN.....	74	ONGENTYS.....	104
NEXTSTELLIS.....	66	NOVOLIN R.....	74	OPCICON ONE-STEP.....	67
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> ...	47	NOVOLIN R FLEXPEN.....	74	OPILL.....	67
<i>nicardipine hcl</i>	49	NOVOLOG.....	74	OPSUMIT.....	51
<i>nicotine</i>	113	NOVOLOG FLEXPEN.....	74	OPTION 2.....	67
<i>nicotine polacrilex</i>	113	NOVOLOG MIX 70/30.....	74	OPTIONS GYNOL II	
<i>nicotine step 3</i>	113	NOVOLOG MIX 70/30		CONTRACEPTIVE.....	85
NICOTROL.....	113	FLEXPEN.....	74	Oralone.....	118
NICOTROL NS.....	113	NOVOLOG PENFILL.....	74	ORAVIG.....	118
<i>nifedipine er</i>	49	NUBEQA.....	15	ORENITRAM.....	52
<i>nifedipine er osmotic release</i>	49	NUCALA.....	93	ORENITRAM MONTH 1.....	52
Nikki.....	66	Nyamyc.....	121	ORENITRAM MONTH 2.....	52
<i>nimodipine</i>	49	Nylia 1/35.....	67	ORENITRAM MONTH 3.....	52
<i>nisoldipine er</i>	49	Nylia 7/7/7.....	67	ORFADIN.....	58
<i>nitazoxanide</i>	43	<i>nystatin</i>	36, 118, 121	ORLISSA.....	75
<i>nitisinone</i>	58	<i>nystatin-triamcinolone</i>	121	<i>orphenadrine citrate er</i>	105
NITRO-BID.....	53	Nystop.....	121	<i>orphenadrine-aspirin-caffeine</i> ..	105

Orphengesic Forte.....	105	Physiosol Irrigation.....	92	<i>promethazine vc</i>	98
<i>oseltamivir phosphate</i>	37	PIFELTRO.....	32	<i>promethazine-codeine</i>	98
OSPHENA.....	78	<i>pilocarpine hcl</i>	92, 119	<i>promethazine-dm</i>	98
OTEZLA.....	21, 22	<i>pimecrolimus</i>	124	Promethegan.....	81
<i>oxaprozin</i>	24	<i>pimozide</i>	116	PROMETHEGAN.....	81
<i>oxazepam</i>	107	Pimtrea.....	67	<i>propafenone hcl</i>	45
<i>oxcarbazepine</i>	102	<i>pindolol</i>	48	<i>propafenone hcl er</i>	45
<i>oxiconazole nitrate</i>	121	<i>pioglitazone hcl</i>	74	<i>proparacaine hcl</i>	92
<i>oxybutynin chloride</i>	85	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	71	<i>propranolol hcl</i>	48
<i>oxybutynin chloride er</i>	85	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> ...	71	<i>propranolol hcl er</i>	48
<i>oxycodone hcl</i>	28, 29	<i>pirfenidone</i>	93	<i>propylthiouracil</i>	58
<i>oxycodone hcl er</i>	28	<i>piroxicam</i>	24	<i>protriptyline hcl</i>	111
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	29	PLENVU.....	83	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	98
<i>oxymorphone hcl</i>	29	<i>podofilox</i>	125	<i>pyrazinamide</i>	35
<i>oxymorphone hcl er</i>	29	Polycin.....	91	<i>pyridostigmine bromide</i>	100
Pacerone.....	45	<i>polyethylene glycol 3350</i>	84	<i>pyridostigmine bromide er</i>	100
<i>paliperidone er</i>	112	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	91	<i>pyrimethamine</i>	44
<i>pantoprazole sodium</i>	82	POMALYST.....	19	QELBREE.....	118
PARAGARD		Portia-28.....	67	<i>quetiapine fumarate</i>	112
INTRAUTERINE COPPER.....	67	<i>posaconazole</i>	36	<i>quetiapine fumarate er</i>	112
<i>paricalcitol</i>	56	<i>potassium chloride</i>	54	<i>quinapril hcl</i>	53
<i>paromomycin sulfate</i>	35	<i>potassium chloride crys er</i>	54	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	50
<i>paroxetine hcl</i>	110	<i>potassium chloride er</i>	54	<i>quinine sulfate</i>	36
<i>paroxetine hcl er</i>	110	<i>potassium citrate er</i>	87	QULIPTA.....	100
PAXLOVID (150/100).....	37	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ...	104	QVAR REDIHALER.....	97
PAXLOVID (300/100).....	37	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	104	<i>rabeprazole sodium</i>	82
PEDIATRIC PANDA MASK....	98	<i>prasugrel hcl</i>	89	<i>raloxifene hcl</i>	79
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	83	<i>pravastatin sodium</i>	46	<i>ramelteon</i>	114
<i>peg-3350/electrolytes</i>	83	<i>praziquantel</i>	36	<i>ramipril</i>	53
PEGASYS.....	41, 42	<i>prazosin hcl</i>	44	<i>ranolazine er</i>	54
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	83	PRECISION XTRA KETONE...	78	<i>rasagiline mesylate</i>	104
PEG-PREP.....	83	<i>prednisolone</i>	75	REACT.....	67
<i>penciclovir</i>	125	<i>prednisolone acetate</i>	92	Reclipsen.....	68
<i>penicillamine</i>	58	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	75, 92	REGRANEX.....	120
<i>penicillin v potassium</i>	42	<i>prednisone</i>	75, 76	RELENZA DISKHALER.....	37
<i>pentamidine isethionate</i>	44	PREDNISONE INTENSOL.....	75	RELISTOR.....	84
<i>pentoxifylline er</i>	89	<i>pregabalin</i>	103	REMODULIN.....	52
<i>perindopril erbumine</i>	52	PREMARIN.....	56, 57	<i>repaglinide</i>	74
Periogard.....	119	<i>pretomanid</i>	35	REPATHA.....	47
<i>permethrin</i>	124	Prevalite.....	47	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	47
<i>perphenazine</i>	112	PREZCOBIX.....	39	REPATHA SURECLICK.....	47
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	115, 116	PREZISTA.....	33	RETACRIT.....	88
<i>phenelzine sulfate</i>	111	PRIFTIN.....	35	RETROVIR.....	33
<i>phenobarbital</i>	102, 103	<i>primaquine phosphate</i>	36	REVLIMID.....	19
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	54	<i>primidone</i>	103	REXULTI.....	112
<i>phenytoin</i>	103	<i>probenecid</i>	30	REYATAZ.....	33
<i>phenytoin sodium extended</i>	103	<i>prochlorperazine</i>	80	<i>ribavirin</i>	37, 42
PHEXXI.....	85	<i>prochlorperazine maleate</i>	80	<i>rifabutin</i>	35
Philith.....	67	Proctozone-Hc.....	84	<i>rifampin</i>	35
PHOSPHOLINE IODIDE.....	92	<i>progesterone</i>	76	<i>riluzole</i>	100
Physiolyte.....	92	<i>promethazine hcl</i>	80, 81	<i>rimantadine hcl</i>	37

RINVOQ.....	22	<i>sm lice treatment</i>	124	SYMFI.....	40
RINVOQ LQ.....	22	<i>sm nicotine</i>	114	SYMFI LO.....	39
<i>risedronate sodium</i>	76	<i>sodium chloride</i>	98, 120	SYMLINPEN 120.....	71
<i>risperidone</i>	112	<i>sodium fluoride</i>	54, 55	SYMLINPEN 60.....	71
<i>ritonavir</i>	33	<i>sodium phenylbutyrate</i>	57	SYMTUZA.....	40
<i>rivastigmine</i>	108	<i>solifenacin succinate</i>	85	SYNAREL.....	75
<i>rivastigmine tartrate</i>	108	SOLQUA.....	71	SYNJARDY.....	72
Rivelsa.....	68	SOLUVITA.....	55	SYNJARDY XR.....	72
RIVIVE.....	107	SOMATULINE DEPOT.....	57	SYNTHROID.....	59
<i>rizatriptan benzoate</i>	100	SOMAVERT.....	57	TABLOID.....	16
<i>roflumilast</i>	98	<i>sotalol hcl</i>	45	<i>tacrolimus</i>	23, 124
<i>ropinirole hcl</i>	104	<i>sotalol hcl (af)</i>	45	<i>tadalafil</i>	86
<i>rosuvastatin calcium</i>	46	SOVALDI.....	42	<i>tadalafil (pah)</i>	52
<i>rufinamide</i>	103	<i>spinosad</i>	124	TAFINLAR.....	19
RUKOBIA.....	33	SPIRIVA RESPIMAT.....	93	<i>tafluprost (pf)</i>	90
RUXIENCE.....	16	<i>spironolactone</i>	44	TAGRISSE.....	19
RYBELSUS.....	71	<i>spironolactone-hctz</i>	51	TAKE ACTION.....	68
RYCLORA.....	94	Sprintec 28.....	68	<i>tamoxifen citrate</i>	15
RYDAPT.....	18	SPRYCEL.....	18	<i>tamsulosin hcl</i>	86
SANCUSO.....	81	Sps (Sodium Polystyrene Sulf).....	57	Tarina 24 Fe.....	68
SANDIMMUNE.....	23	SPS (SODIUM		Tarina Fe 1/20 Eq.....	68
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	79	POLYSTYRENE SULF).....	58	<i>tasimelteon</i>	114
SAVELLA.....	114	Sronyx.....	68	Taysofy.....	68
SAVELLA TITRATION PACK		Ssd.....	120	<i>tazarotene</i>	121
.....	114	<i>stavudine</i>	33	TAZORAC.....	121
<i>scopolamine</i>	81	STELARA.....	22	<i>telmisartan</i>	44
<i>selegiline hcl</i>	104, 105	STIVARGA.....	19	<i>telmisartan-amlodipine</i>	50
<i>selenium sulfide</i>	121	STRIBILD.....	39	<i>telmisartan-hctz</i>	50
SELZENTRY.....	33	STRIVERDI RESPIMAT.....	95	<i>temazepam</i>	114
SEREVENT DISKUS.....	95	SUBLOCADE.....	24	<i>temozolomide</i>	14
<i>sertraline hcl</i>	111	SUCRAID.....	84	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	34
Setlakin.....	68	<i>sucralfate</i>	84	<i>terazosin hcl</i>	86
<i>sevelamer carbonate</i>	57	SUFLAVE.....	84	<i>terbinafine hcl</i>	36
Sharobel.....	68	<i>sulconazole nitrate</i>	121	<i>terbutaline sulfate</i>	95
SHUR-SEAL		<i>sulfacetamide sodium</i>	91	<i>terconazole</i>	86
CONTRACEPTIVE.....	85	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	119	<i>testosterone</i>	59
SIGNIFOR.....	79	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	91	<i>testosterone cypionate</i>	59
<i>sildenafil citrate</i>	52	<i>sulfadiazine</i>	35	<i>testosterone enanthate</i>	59
<i>silodosin</i>	86	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	35	<i>tetrabenazine</i>	118
<i>silver sulfadiazine</i>	120	SULFAMYLON.....	120	<i>tetracycline hcl</i>	43
SIMBRINZA.....	90	<i>sulfasalazine</i>	81	THALOMID.....	19
Simliya.....	68	<i>sulindac</i>	24	<i>theophylline</i>	99
Simpesse.....	68	<i>sumatriptan</i>	100	<i>theophylline er</i>	99
<i>simvastatin</i>	46, 47	<i>sumatriptan succinate</i>	100	<i>thioridazine hcl</i>	112
<i>sirolimus</i>	23	<i>sumatriptan succinate refill</i>	100	<i>thiothixene</i>	112
SIRTURO.....	35	<i>sumatriptan-naproxen sodium</i>	100	<i>tiagabine hcl</i>	103
SKLICE.....	124	<i>sunitinib malate</i>	19	Tilia Fe.....	68
SKYLA.....	68	SUNLENCA.....	33, 34	<i>timolol maleate</i>	48, 90
SKYRIZI.....	22	SUNOSI.....	115	<i>timolol maleate (once-daily)</i>	90
SKYRIZI PEN.....	22	SUSTIVA.....	34	<i>tinidazole</i>	35
<i>sleep-aid</i>	114	SUTAB.....	84	<i>tiotropium bromide</i>	
SLYND.....	68	Syeda.....	68	<i>monohydrate</i>	94

Tis-U-Sol.....	92	Tri-Sprintec.....	69	V-GO 40.....	78
TIVICAY.....	34	TRIUMEQ.....	40	VICTOZA.....	71
TIVICAY PD.....	34	<i>triumeq pd</i>	40	Vienna.....	69
<i>tizanidine hcl</i>	105	Trivora (28).....	69	<i>vigabatrin</i>	103
TOBRADEX.....	91	Tri-Vylibra.....	69	<i>vilazodone hcl</i>	111
TOBRADEX ST.....	91	Tri-Vylibra Lo.....	69	VIOKACE.....	82
<i>tobramycin</i>	91, 96	TRIZIVIR.....	40	<i>viorele</i>	69
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	91	<i>tropicamide</i>	92	VIRACEPT.....	34
TODAY SPONGE.....	85	<i>trospium chloride</i>	86	VIREAD.....	34
<i>tolterodine tartrate</i>	85	<i>trospium chloride er</i>	86	VISTOGARD.....	20
<i>tolterodine tartrate er</i>	85	TRULICITY.....	71	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	55
<i>tolvaptan</i>	79	TRUVADA.....	40	VITRAKVI.....	19
<i>topiramate</i>	103	TUKYSA.....	19	Volnea.....	69
<i>toremifene citrate</i>	15	Turqoz.....	69	VOLTAREN.....	125
<i>torseamide</i>	51	TWIRLA.....	69	<i>voriconazole</i>	36
<i>tramadol hcl</i>	29	TYBLUME.....	69	VOSEVI.....	42
<i>tramadol hcl er</i>	29	TYBOST.....	34	Vyfemla.....	69
<i>tramadol-acetaminophen</i>	29	Tydemy.....	69	Vylibra.....	70
<i>trandolapril</i>	53	TYMLOS.....	77	<i>warfarin sodium</i>	88
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	50	TYVASO.....	52	Wera.....	70
<i>tranexamic acid</i>	89	TYVASO REFILL KIT.....	52	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60	70
<i>tranylcypromine sulfate</i>	111	TYVASO STARTER KIT.....	52	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65	70
<i>travoprost (bak free)</i>	90	UBRELVY.....	101	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70	70
<i>trazodone hcl</i>	111	Unithroid.....	59	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75	70
TRECTOR.....	35	<i>urinary pain relief</i>	87	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80	70
TRELEGY ELLIPTA.....	95	<i>ursodiol</i>	84, 85	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85	70
TRESIBA.....	74	<i>valacyclovir hcl</i>	37	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90	70
TRESIBA FLEXTOUCH.....	74	<i>valganciclovir hcl</i>	37	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95	70
<i>tretinoin</i>	20, 119	<i>valproic acid</i>	103	Wymzya Fe.....	70
<i>tretinoin microsphere</i>	119	<i>valsartan</i>	44	XARELTO.....	88
<i>tretinoin microsphere pump</i>	119	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ...	50	XARELTO STARTER PACK... 88	
<i>triamcinolone acetonide</i>	96, 119, 123	<i>vancomycin hcl</i>	44	XCOPRI.....	103
<i>triamterene</i>	51	<i>varenicline tartrate</i>	114	XCOPRI (250 MG DAILY	
<i>triamterene-hctz</i>	51	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	114	DOSE).....	103
<i>triazolam</i>	115	VARUBI (180 MG DOSE).....	81	XCOPRI (350 MG DAILY	
Tri-Estarylla.....	68	VCF VAGINAL		DOSE).....	103
<i>trifluoperazine hcl</i>	112	CONTRACEPTIVE.....	85	XEPI.....	120
<i>trifluridine</i>	91	VELIVET.....	69	XIFAXAN.....	44
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	105	VELPHORO.....	57	XTANDI.....	15, 16
TRIKAFTA.....	96	VEMLIDY.....	41	Xulane.....	70
Tri-Legest Fe.....	68	VENCLEXTA.....	16	XULTOPHY.....	71
Tri-Linyah.....	68	VENCLEXTA STARTING		YOSPRALA.....	89
Tri-Lo-Estarylla.....	69	PACK.....	16	Yuvaferm.....	57
Tri-Lo-Marzia.....	69	<i>venlafaxine hcl</i>	111	Zafemy.....	70
Tri-Lo-Mili.....	69	<i>venlafaxine hcl er</i>	111	<i>zafirlukast</i>	93
Tri-Lo-Sprintec.....	69	VENTAVIS.....	52	<i>zaleplon</i>	115
<i>trimethobenzamide hcl</i>	81	<i>verapamil hcl</i>	49	ZEJULA.....	20
<i>trimethoprim</i>	44	<i>verapamil hcl er</i>	49	ZENPEP.....	82
Tri-Mili.....	69	VERZENIO.....	19	Zenzedi.....	118
<i>trimipramine maleate</i>	111	Vestura.....	69	ZERVIAE.....	90
TRINTELLIX.....	111	V-GO 20.....	78	ZIAGEN.....	34
		V-GO 30.....	78	<i>zidovudine</i>	34

<i>zileuton er</i>	97
<i>ziprasidone hcl</i>	112
<i>zolmitriptan</i>	101
<i>zolpidem tartrate</i>	115
<i>zolpidem tartrate er</i>	115
<i>zonisamide</i>	103
ZONTIVITY	89
Zovia 1/35 (28)	70
Zumandimine	70