

**Lista de medicamentos cubiertos
(*Lista de medicamentos* o Formulario)
2026 de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)**

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS
MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN**

N.º de identificación del Formulario: 26010, versión 17

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 09/01/2026. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-676-5772** y los usuarios de TTY deben llamar al: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como *Lista de medicamentos*). En él se describe qué medicamentos, medicamentos de venta libre (OTC) y productos y elementos que no sean medicamentos están cubiertos por Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). La *Lista de medicamentos* también indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad..... 3

B. Preguntas frecuentes 7

B1. ¿Qué medicamentos están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* *Lista de medicamentos*). 7

B2. ¿Se modifica la *Lista de medicamentos* en algún momento?..... 7

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*?..... 8

B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos? 9

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?..... 10

B6. ¿Qué sucede si Aetna Medicare Preferred Plan (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado). 10

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*? 10

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*? 11

B9. ¿Qué sucede si soy miembro nuevo de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo problemas para obtenerlo? 11

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?..... 12

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? 12

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción? 12

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? 13

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares? 13

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	13
B16. ¿Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubre los productos de venta libre que no sean medicamentos?	13
B17. ¿Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubre los suministros de medicamentos con receta a largo plazo?	14
B18. ¿Puedo recibir medicamentos con receta en mi casa desde mi farmacia local?	14
B19. ¿Cuál es mi copago?	14
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	15
C1. Lista de medicamentos por afección médica	17
D. Índice de medicamentos cubiertos	203



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP).

- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) en línea en [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772** (TTY: **711**). Esta llamada es gratuita.

❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772** (TTY: **711**). Esta llamada es gratuita.

- ❖ Para realizar o cambiar una solicitud permanente para recibir este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en otro formato, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- ❖ Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medicaid de Michigan para brindar los beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-855-676-5772**. Este es un servicio gratuito.
- ❖ Este documento está disponible sin cargo en español y en árabe.
- ❖ Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.
- ❖ Debido a la legislación de Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas: Farmacias minoristas de CVS, servicio de farmacia por correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias a largo plazo de OMNI Care.
- ❖ Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento. (Español)
- ❖ 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。(Chino tradicional)
- ❖ Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Bisitahin ang aming website o tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa dokumentong ito. (Tagalo)

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)



- ❖ Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique gratuits vous sont proposés. Visitez notre site Internet ou appelez le numéro indiqué dans ce document. (Francés)
- ❖ Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác với Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin vào trang mạng của chúng tôi hoặc gọi số điện thoại ghi trong tài liệu này. (Vietnamita)
- ❖ Wenn Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Besuchen Sie unsere Website oder rufen Sie die Telefonnummer in diesem Dokument an. (Alemán)
- ❖ 영어가 아닌 언어를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 저희 웹사이트를 방문하시거나 본 문서에 기재된 전화번호로 연락해 주십시오. (Coreano)
- ❖ Если вы не владеете английским и говорите на другом языке, вам могут предоставить бесплатную языковую помощь. Посетите наш веб-сайт или позвоните по номеру, указанному в данном документе. (Ruso)
- ❖ إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة. تفضل بزيارة موقعنا على الويب أو اتصل برقم الهاتف المدرج في هذا المستند. (Árabe)
- ❖ अगर आप अंग्रेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट पर जाएं या इस दस्तावेज़ में दिए गए फोन नंबर पर कॉल करें। (Hindi)
- ❖ Nel caso Lei parlasse una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visiti il nostro sito web oppure chiami il numero di telefono elencato in questo documento. (Italiano)
- ❖ Caso você seja falante de um idioma diferente do inglês, serviços gratuitos de assistência a idiomas estão disponíveis. Acesse nosso site ou ligue para o número de telefone presente neste documento. (Portugués)
- ❖ Si ou pale yon lòt lang ki pa Anglè, wap jwenn sèvis asistans pou lang gratis ki disponib. Vizite sitwèb nou an oswa rele nan nimewo telefòn ki make nan dokiman sa a. (Criollo haitiano)
- ❖ Jeżeli nie posługują się Państwo językiem angielskim, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Proszę odwiedzić naszą witrynę lub zadzwonić pod numer podany w niniejszym dokumencie. (Polaco)
- ❖ 英語をお話しにならない方は、無料の言語支援サービスを受けることができます。弊社のウェブサイトアクセスするか、または本書に記載の電話番号にお問い合わせください。 (Japonés)
- ❖ Nëse nuk flisni gjuhën angleze, shërbime ndihmëse gjuhësore pa pagesë janë në dispozicionin tuaj. Vizitoni faqen tonë në internet ose merrni në telefon numrin e telefonit në këtë dokument. (Albanés)
- ❖ ከእንግሊዝኛ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይቻላል። የእኛን ድረ-ገጽ ይጎብኙ ወይም በዚህ ስነድ ላይ የተዘረዘረውን ስልክ ቁጥር በመጠቀም ይደውሉ። (Amárico)
- ❖ Եթե խոսում եք անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով, ապա Ձեզ համար հասանելի են լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններ: Այցելեք մեր վեբ կայքը կամ զանգահարեք այս փաստաթղթում նշված հեռախոսահամարով: (Armenio)
- ❖ যদি আপনি ইংরেজী ব্যতীত অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন তাহলে বিনামূল্যের দোভাষীর পরিষেবা উপলব্ধ আছে। আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন এবং এই নথিতে তালিকাভুক্ত ফোন নম্বরে ফোন করুন। (Bengali)



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

- ❖ اگر آپ انگریزی کے علاوہ دوسری زبان بولتے ہیں تو، زبان سے متعلق مدد کی مفت خدمات دستیاب ہیں۔ ہماری ویب سائٹ ملاحظہ کریں یا اس دستاویز میں درج فون نمبر پر کال کریں۔ (Urdu)
- ❖ אויב איר רעדט א שפראך אויסער ענגליש, זענען שפראך הילף סערוויסעס אוועילעבל. באזוכט אונזער וועבזייטל אדער רופט דעם טעלעפאן נומער וואס שטייט אויף דעם דאקומענט. (Yidis)



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

B. Preguntas frecuentes

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*). Para obtener más información o para buscar una pregunta y su respuesta, puede leer todas las preguntas frecuentes.

B1. ¿Qué medicamentos están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* *Lista de medicamentos*).

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Los medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra dentro de nuestra red si tenemos un contrato para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medicaid de Michigan. Visite el sitio web de Medicaid de Michigan www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid para obtener más información. También puede llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios de Medicaid de Michigan al **1-800-642-3195** de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos), o enviar un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan.gov. Lleve su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga medicamentos con receta a través de Michigan Medicaid.

- Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios que figuran en la *Lista de medicamentos* en los siguientes casos:
 - si su médico u otra persona le indica que los necesita para sentirse mejor o mantenerse saludable;
 - Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) acepta que el medicamento es médicamente necesario para usted; **y**
 - surte la receta en una farmacia de la red de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP).
- En algunos casos, debe hacer algo antes de obtener un medicamento. Para obtener más información, consulte la pregunta B4.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en AetnaMedicare.com/MICHDSNP o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772** (TTY: **711**).

B2. ¿Se modifica la *Lista de medicamentos* en algún momento?

Sí, y Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) debe seguir las normas de Medicare y Medicaid de Michigan al realizar cambios. Es posible que incorporemos o eliminemos medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

También podemos modificar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos realizar lo siguiente:

- Decidir solicitar o no solicitar la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso otorgado por Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) antes de que pueda obtener un medicamento).

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaMedicare.com/MICHDSNP



- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la *Lista de medicamentos*, **o bien**
- Nos enteremos de que el medicamento no es seguro, **o bien**
- Un medicamento se elimina del mercado.

En las preguntas B3 y B6 a continuación, encontrará más información sobre lo que sucede cuando se modifica la *Lista de medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada del plan en línea en [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP). Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772** (TTY: **711**) para consultar la *Lista de medicamentos* actual.

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*?

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se aplicarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Es posible que eliminemos de inmediato los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos por ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo con las mismas o menos restricciones. Cuando agreguemos la nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
 - Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca.
 - Es una nueva versión biosimilar de un producto biológico original en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la **Sección B14**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)

- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.
- **Retiro de los medicamentos peligrosos y otros medicamentos que ya no están en el mercado.** A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que lo quitemos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio.
- Comuníquese con la persona autorizada a dar recetas si el medicamento que toma es eliminado de la *Lista de medicamentos*.

Podemos efectuar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden suceder si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o bien
- Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar. O bien
- Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- se lo notificaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la *Lista de medicamentos*. **O bien**
- Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos*, puede tomarlo en su lugar. **O bien**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o limitaciones en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben realizar algo antes para poder obtener un medicamento. Por ejemplo:

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



- **Autorización previa:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben conseguir la aprobación de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) antes de obtener su medicamento con receta. Una autorización previa es diferente a una remisión. Es posible que Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) limita la cantidad de un medicamento que puede obtener.
- **Tratamiento escalonado:** A veces, Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) requiere que realice un tratamiento escalonado. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un orden determinado para su afección médica. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico cree que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en la **Sección C1**. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción de estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?

La tabla de la sección titulada Lista de medicamentos por afección médica tiene una columna titulada "Acciones necesarias, restricciones o límites de uso".

B6. ¿Qué sucede si Aetna Medicare Preferred Plan (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado).

En algunos casos, le informaremos con antelación si incorporamos o modificamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y cuáles son las situaciones en las que es posible que no le podamos avisar con antelación cuando cambien nuestras normas respecto de los medicamentos de la *Lista de medicamentos*.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético. **O bien**
- Puede buscar por afección médica.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarlo en la Sección D. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista. El Índice de medicamentos cubiertos es un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*. Tanto los medicamentos de marca y los genéricos como los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) se encuentran en el Índice.

Para buscar por afección médica, busque la **Sección C1** titulada “Lista de medicamentos por afección médica”. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772** (TTY: **711**) y pregunte por él. Si le informan que nuestro plan no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, muéstrole la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea similar al que desea tomar. **O bien**
- Pídale a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B9. ¿Qué sucede si soy miembro nuevo de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo problemas para obtenerlo?

Nosotros podemos ayudarle. Es posible que cubramos un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que sea miembro de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su receta está indicada para menos días, permitiremos surtidos múltiples hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de su medicamento para 30 días en los siguientes casos:

- Está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, **o bien**
- Las normas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad indicada por su médico, **o bien**
- El medicamento requiere autorización previa de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP), **o bien**
- Está tomando un medicamento que es parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Si se encuentra en un hogar de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato, tenga en cuenta lo siguiente:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días), sin importar si es o no un miembro nuevo del plan.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es miembro de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP).

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un hogar de convalecencia o en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará una cobertura temporal (un suministro de hasta 30 días) de los medicamentos correspondientes.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

Sí. Puede pedirle a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*.

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que omitamos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el **Capítulo 9, Sección F** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de recibir una declaración de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas. Para presentar una declaración, usted o la persona autorizada a dar recetas puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana o visitar **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**.

Si usted o la persona autorizada a dar recetas consideran que su salud puede perjudicarse si debe esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas apoya su solicitud, le daremos una decisión en las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan igual de bien. Por lo general, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Usualmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin una receta nueva, según las leyes estatales.

Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, esto podría referirse a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos habituales. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares son tan eficaces como los productos biológicos originales, y suelen ser más baratos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, podrían sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir los medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para miembros*.

B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

La sigla en inglés OTC significa “de venta libre”. Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubre algunos medicamentos de venta libre cuando su proveedor los receta.

Puede leer la *Lista de medicamentos* de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) para averiguar qué medicamentos de venta libre están cubiertos.

B16. ¿Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubre los productos de venta libre que no sean medicamentos?

Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubre algunos productos de venta libre que no son medicamentos cuando su proveedor los receta.

Algunos ejemplos de productos de venta libre que no son medicamentos son los hisopos con alcohol. Puede leer la *Lista de medicamentos* de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) para averiguar qué productos de venta libre que no son medicamentos están cubiertos.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



B17. ¿Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubre los suministros de medicamentos con receta a largo plazo?

- **Programa de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro para 100 días como máximo de sus medicamentos directamente en su hogar. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- **Programas de farmacia minorista de 100 días** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 100 días de medicamentos cubiertos. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

B18. ¿Puedo recibir medicamentos con receta en mi casa desde mi farmacia local?

Es posible que su farmacia local pueda entregarle los medicamentos con receta en su domicilio. Puede llamar a su farmacia para saber si ofrecen envío a domicilio.

B19. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) tienen copagos por medicamentos con receta siempre y cuando el miembro siga las normas del plan. Para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no sean medicamentos, consulte las preguntas B14 y B15.

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*.

- Nivel 1: Genérico preferido, \$0.
- Nivel 2: Genérico, \$0.
- Nivel 3: Marca preferida, 22% O Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: \$0, \$1.60 o \$5.10. Para medicamentos de marca: \$0, \$4.90 o \$12.65.
- Nivel 4: Medicamento no preferido, 25% O Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: \$0, \$1.60 o \$5.10. Para medicamentos de marca: \$0, \$4.90 o \$12.65.
- Nivel 5: Especialidad, 25% O Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: \$0, \$1.60 o \$5.10. Para medicamentos de marca: \$0, \$4.90 o \$12.65.

Los medicamentos de venta libre tienen un copago de \$0.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772** (TTY: **711**).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Si tiene alguna dificultad para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la **Sección D**. En el Índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan ordenados alfabéticamente.

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento. Se utilizan las siguientes abreviaturas:

QL: Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá.

PA: Autorización previa: Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

ST: Tratamiento escalonado: En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

LD: Distribución limitada: El fabricante de medicamentos puede limitar el número de farmacias que pueden almacenar y distribuir este medicamento.

MO: Entrega de pedidos por correo: Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. §

B/D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare, según la situación. Estos medicamentos requieren autorización previa para determinar la cobertura bajo la Parte B o la Parte D. Es posible que deba presentarse información sobre la administración del medicamento o el lugar en el que se recibirá para determinar la cobertura.

EA: Cada uno.

ML: Mililitro.

ACS: Disponible en farmacias CVS Specialty. Estos medicamentos son para afecciones médicas complejas y pueden requerir una manipulación especial o un control más estricto. Están disponibles a través de servicios de farmacia de CVS Specialty u otras farmacias especializadas de la red. Es posible que no pueda obtenerlos en su farmacia local. §

HRM: Medicamento de alto riesgo. Según los expertos médicos, estos medicamentos pueden causar efectos secundarios adversos si tiene 65 años de edad o más. Si está tomando uno de estos medicamentos, consulte a su médico si hay opciones más seguras disponibles.

***:** Medicamentos que no pertenezcan a la Parte D o medicamentos de venta libre (OTC) o productos que no sean medicamentos. Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cubre algunos medicamentos que no son de la Parte D, medicamentos de venta libre y productos que no son medicamentos cuando su proveedor los receta.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



§ Debido a la legislación de Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas: Farmacias minoristas de CVS, servicio de farmacia por correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias a largo plazo de OMNI Care.

Nota: El * al lado de un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. Estos medicamentos tienen diferentes normas en cuanto a las apelaciones.

- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no esté cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare o Medicaid de Michigan.
- Si usted o la persona autorizada a darle recetas no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si alguna vez tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo apelar una decisión.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

C1. Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en “Cardiovascular”. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se mencionan en minúsculas en cursiva (por ejemplo, *levothyroxine*), los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (por ejemplo, SYNTHROID) y los medicamentos de venta libre y los productos no farmacéuticos se enumeran en minúsculas en cursiva con un asterisco en la columna de la derecha (por ejemplo, *aspirin*). La información en la columna "Acciones necesarias, restricciones o límites de uso" le indica si Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) tiene alguna norma para cubrir su medicamento.

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS		
GOTA		
<i>allopurinol tableta 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>colchicine tableta 0.6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>febuxostat tableta 40 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ST MO
<i>probenecid/colchicine tableta 0.5 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>probenecid tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
VARIOS		
JOURNAVX TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (29 EA por 14 días) PA MO
<i>lidocaine hcl inyección 0.5 %, 1.5 %, 4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hydrochloride inyección al 1 % pf, 100 mg/5 ml,</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hydrochloride inyección al 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NSAID (AINE) – ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib cápsula 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>celecoxib cápsula 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac potassium tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium dr tableta de liberación retardada 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diclofenac sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación retardada 50 mg; 200 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tableta de liberación prolongada 75 mg; 200 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>diflunisal tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>etodolac cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>fenoprofen calcium cápsula 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>fenoprofen calcium tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ibuprofen tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ibu tableta 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ketorolac tromethamine tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (20 EA por 30 días) PA MO
<i>meloxicam tableta 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nabumetone tableta 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>naproxen tableta de liberación prolongada 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen dr tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>naproxen sodium tableta 275 mg, 550 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>naproxen suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>naproxen tableta 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>oxaprozin tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sulindac tableta 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN PROLONGADA		
<i>buprenorphine parche semanal: 10 µg/h, 15 µg/h, 20 µg/h, 5 µg/h, 7.5 µg/h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) PA MO
<i>fentanyl parche 72 horas 100 µg/h, 12 µg/h, 25 µg/h, 37.5 µg/h, 50 µg/h, 62.5 µg/h, 75 µg/h, 87.5 µg/h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er (genérico de Hysingla ER) tableta er 24 horas disuasiva de abuso 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (450 ML por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methadone hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hydrochloride concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 ml por 30 días) PA MO
<i>methadone hydrochloride solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tableta de liberación prolongada (genérico de MS Contin) 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>tramadol hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol er tableta de liberación prolongada 24 horas 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días); HRM
<i>tramadol hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine phosphate tableta 300 mg; 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine solución 120 mg/5 ml; 12 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine tableta 300 mg; 15 mg, 300 mg; 30 mg, 300 mg; 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inyección 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>butorphanol tartrate solución nasal 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (5 ML por 30 días) MO
CODEINE SULFATE TABLETA 15 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solución 300 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 10 mg/15 ml, 325 mg/15 ml; 7.5 mg/15 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 300 mg; 10 mg, 300 mg; 5 mg, 300 mg; 7.5 mg, 325 mg; 10 mg, 325 mg; 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tableta 325 mg; 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/acetaminophen tableta 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen tableta 10 mg; 200 mg, 5 mg; 200 mg, 7.5 mg; 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl líquido 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 0.25 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
MORPHINE SULFATE INYECCIÓN 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 50 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate inyección 0.5 mg/ml, 2 mg/ml jeringa precargada intravenosa, 10 mg/ml ampolla intravenosa, 4 mg/ml ampolla intravenosa, 8 mg/ml ampolla intravenosa</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>morphine sulfate solución oral 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate solución oral 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone hydrochloride cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/acetaminophen tableta 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen tableta 325 mg; 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM

ANTIINFECCIOSOS**ANTIINFECCIOSOS: VARIOS**

<i>albendazole tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>amikacin sulfate inyección 1 g/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ARIKAYCE SUSPENSIÓN 590 MG/8.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>atovaquone suspensión 750 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>aztreonam inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
BLUJEPA TABLETA 750 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (20 EA por 5 días)
CAYSTON SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>chloramphenicol sodium succinate inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin hcl cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin hydrochloride cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>clindamycin palmitate hydrochloride solución reconstituida 75 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>clindamycin phosphate/dextrose inyección 300 mg/50 ml; 5 %, 600 mg/50 ml; 5 %, 900 mg/50 ml; 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate inyección 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate inyección 600 mg/4 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 300 MG/50 ML; 0.9 %, 600 MG/50 ML; 0.9 %, 900 MG/50 ML; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>colistimethate sodium inyección 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>dapsone tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/100 ML; 0.9 %, 350 MG/50 ML; 0.9 %, 500 MG/50 ML; 0.9 %, 700 MG/100 ML; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>daptomycin inyección 350 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
EMVERM TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (24 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem sodium inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>fosfomycin tromethamine paquete 3 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate inyección pediátrica 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.2 mg/ml; 0.9 %, 1 mg/ml; 0.9 %, 2 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>gentamicin sulfate/0.9 % sodium chloride inyección 1.6 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gentamicin sulfate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>imipenem/cilastatin inyección 250 mg; 250 mg, 500 mg; 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>isotonic gentamicin inyección 0.8 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ivermectin tableta 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (10 EA por 90 días) PA MO
<i>ivermectin tableta 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 90 días) PA MO
LINEZOLID INYECCIÓN 600 MG/300 ML; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>linezolid inyección 600 mg/300 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>linezolid suspensión reconstituida 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>linezolid tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (56 EA por 28 días) MO
<i>meropenem inyección 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>meropenem inyección 1 g, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>methenamine hippurate tableta 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>methenamine mandelate tableta 0.5 g, 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole cápsula 375 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>metronidazole inyección 500 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>metronidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>neomycin sulfate tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nitazoxanide tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals cápsula 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>pentamidine isethionate inyección 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pentamidine isethionate solución de inhalación reconstituida 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>praziquantel tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pyrimethamine tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
SIVEXTRO INYECCIÓN 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
SIVEXTRO TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>streptomycin sulfate inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>sulfadiazine tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds tableta 800 mg; 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inyección 400 mg/5 ml; 80 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim suspensión 200 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tableta 400 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tinidazole tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
TOBI PODHALER CÁPSULA 28 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (224 EA por 56 días) PA; ACS LD
<i>tobramycin sulfate inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g/30 ml, 80 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tobramycin sulfate inyección 1.2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>tobramycin solución de nebulización 300 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (280 ML por 56 días) PA; ACS
<i>trimethoprim tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
TYZAVAN INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 2000 MG/400 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
VANCOMYCIN HCL INYECCIÓN 0.9 %; 1 G/200 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hcl inyección 100 g, 10 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>vancomycin hydrochloride cápsula 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 1000 MG/200 ML, 1250 MG/250 ML, 1500 MG/300 ML, 1750 MG/350 ML, 2000 MG/400 ML, 500 MG/100 ML, 750 MG/150 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride inyección 1.25 g, 1.5 g, 1.75 g, 1 g, 2 g, 500 g, 5 g, 750 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
VANCOMYCIN INYECCIÓN 0.9 %; 500 MG/100 ML, 0.9 %; 750 MG/150 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>amphotericin b liposome inyección 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
<i>amphotericin b inyección 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>caspofungin acetate inyección 50 mg, 70 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
CRESEMBA CÁPSULA 74.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (175 EA por 30 días) MO
CRESEMBA CÁPSULA 186 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (70 EA por 30 días) MO
<i>fluconazole in sodium chloride inyección 200 mg/100 ml; 0.9 %, 400 mg/200 ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluconazole/sodium chloride inyección 100 mg/50 ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluconazole suspensión reconstituida 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fluconazole tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>flucytosine cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
<i>griseofulvin microsize suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>griseofulvin microsize tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>itraconazole cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>ketoconazole tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO
<i>micalfungin inyección 100 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
MYCAMINE INYECCIÓN 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nystatin tableta 500000 unidades</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>posaconazole dr tableta de liberación retardada 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (93 EA por 30 días) PA MO
<i>posaconazole suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (630 ML por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>terbinafine hcl tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 365 días) MO
VORICONAZOLE INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>voriconazole inyección 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>voriconazole suspensión reconstituida 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
<i>voriconazole tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 EA por 30 días) MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl tableta 62.5 mg; 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride tableta 250 mg; 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>chloroquine phosphate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
COARTEM TABLETA 20 MG; 120 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mefloquine hydrochloride tableta 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>primaquine phosphate tableta 26.3 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>quinine sulfate cápsula 324 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir solución 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>abacavir tableta 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
APTIVUS CÁPSULA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>atazanavir sulfate cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atazanavir cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>darunavir tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>darunavir tableta 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
EDURANT PED TABLETA SOLUBLE 2.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
EDURANT TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>emtricitabine cápsula 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
EMTRIVA SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>etravirine tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>fosamprenavir calcium tableta 700 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
FUZEON INYECCIÓN 90 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO; LD
INTELENCE TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
ISENTRESS HD TABLETA 600 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS PAQUETE 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ISENTRESS TABLETA MASTICABLE 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS TABLETA 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>lamivudine solución 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamivudine tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>maraviroc tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>nevirapine er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nevirapine suspensión 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nevirapine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NORVIR PAQUETE 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PIFELTRO TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
PREZISTA SUSPENSIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABLETA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 EA por 30 días) MO
REYATAZ PAQUETE 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>rilpivirine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>ritonavir tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
RUKOBIA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 600 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
SELZENTRY SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
SUNLENCA INYECCIÓN 463.5 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3 ML por 180 días) MO; LD
SUNLENCA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO; LD
SUNLENCA TABLETA 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tenofovir disoproxil fumarate tableta 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
TIVICAY PD TABLETA SOLUBLE 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
TIVICAY TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
TROGARZO INYECCIÓN 200 MG/1.33 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO; LD
TYBOST TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
VIRACEPT TABLETA 250 MG, 625 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
VIREAD POLVO 40 MG/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
VIREAD TABLETA 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>zidovudine cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>zidovudine jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>zidovudine tableta 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate/lamivudine tableta 600 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
BIKTARVY TABLETA 30 MG; 120 MG; 15 MG, 50 MG; 200 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
CIMDUO TABLETA 300 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
DELSTRIGO TABLETA 100 MG; 300 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
DESCOVY TABLETA 120 MG; 15 MG, 200 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
DOVATO TABLETA 50 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 600 mg; 200 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 400 mg; 300 mg; 300 mg, 600 mg; 300 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 25 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 200 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tableta 100 mg; 150 mg, 133 mg; 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tableta 167 mg; 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ TABLETA 300 MG; 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
GENVOYA TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
IDVYNZO TABLETA 100 MG; 0.25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
JULUCA TABLETA 50 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
KALETRA SOLUCIÓN 400 MG/5 ML; 100 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lamivudine/zidovudine tableta 150 mg; 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lopinavir/ritonavir tableta 100 mg; 25 mg, 200 mg; 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ODEFSEY TABLETA 200 MG; 25 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
PREZCOBIX TABLETA 150 MG; 675 MG, 150 MG; 800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
STRIBILD TABLETA 150 MG; 150 MG; 200 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
SYMTUZA TABLETA 150 MG; 800 MG; 200 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
TRIUMEQ PD TABLETA SOLUBLE 60 MG; 5 MG; 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
TRIUMEQ TABLETA 600 MG; 50 MG; 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine cápsulas 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>ethambutol hydrochloride tableta 100 mg, 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>isoniazid inyección 100 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>isoniazid jarabe 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>isoniazid tableta 100 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
PRETOMANID TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
PRIFTIN TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pyrazinamide tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>rifabutin cápsula 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>rifampin cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>rifampin inyección 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
SIRTURO TABLETA 100 MG, 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
TRECATOR TABLETA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>acyclovir cápsula 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>acyclovir suspensión 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>acyclovir tableta 400 mg, 800 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>adefovir dipivoxil tableta 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDE SOLUCIÓN 0.05 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
EPCLUSA PAQUETE 150 MG; 37.5 MG, 200 MG; 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
EPCLUSA TABLETA 200 MG; 50 MG, 400 MG; 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>famciclovir tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (21 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ganciclovir inyección 500 mg/10 ml, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>lamivudine tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
LIVTENCITY TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (336 EA por 28 días) PA; LD
MAVYRET PAQUETE 50 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
MAVYRET TABLETA 100 MG; 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>oseltamivir phosphate cápsula 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate cápsula 45 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate suspensión reconstituida 6 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (1080 ML por 365 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA DE 5 DÍAS 150 MG; 100 MG Y 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 2	QL (22 EA por 180 días) MO
PAXLOVID TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 150 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 2	QL (40 EA por 180 días) MO
PAXLOVID PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 300 MG; 100 MG	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 180 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEGASYS INYECCIÓN 180 MG/0.5 ML, 180 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
PREVYMIS PAQUETE 120 MG, 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 c/u por 30 días) PA MO
PREVYMIS TABLETA 240 MG, 480 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA MO
RELENZA DISKHALER AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 5 MG/ BLÍSTER	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin cápsula 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	ACS
<i>ribavirin tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
<i>rimantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>valacyclovir hydrochloride tableta 1 g, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>valganciclovir hydrochloride solución reconstituida 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>valganciclovir tableta 450 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
VOSEVI TABLETA 400 MG; 100 MG; 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS
CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefaclor cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefaclor suspensión reconstituida 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>cefadroxil cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefadroxil suspensión reconstituida 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefadroxil tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 1 G/50 ML; 4 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
CEFAZOLIN SODIUM INYECCIÓN 100 G, 300 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium inyección intravenosa 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium inyección 10 g, 1 g, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
CEFAZOLIN/DEXTROSE INYECCIÓN 3 G /150 ML; 4 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
CEFAZOLIN INYECCIÓN 2 G/100 ML; 4 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
CEFAZOLIN INYECCIÓN INTRAVENOSA 2 G, 3 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin inyección 3 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin inyección 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefdinir cápsula 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefdinir suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefepime inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefixime cápsula 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>cefixime suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefotetan inyección 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefoxitin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefpodoxime proxetil suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefpodoxime proxetil tableta 100 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefprozil suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefprozil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ceftaroline fosamil inyección 400 mg, 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>ceftazidime inyección 2 g, 6 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftazidime inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose inyección 1 g/50 ml, 2 g/50 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
CEFTRIAZONE SODIUM INYECCIÓN 100 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium inyección 10 g, 1 g im o iv, 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cefuroxime axetil tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cefuroxime sodium inyección 1.5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefuroxime sodium inyección 750 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cephalexin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cephalexin cápsula 750 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cephalexin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cephalexin tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tazicef inyección 1 g, 2 g, 6 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
TEFLARO INYECCIÓN 400 MG, 600 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin inyección 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>azithromycin suspensión reconstituida 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>azithromycin tableta 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clarithromycin er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>clarithromycin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>clarithromycin tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DIFICID SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 40 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
DIFICID TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>erythromycin base tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin dr cápsula partículas de liberación retardada 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin dr tableta de liberación retardada 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin lactobionate inyección 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>fidaxomicin tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tableta 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 200 mg/100 ml; 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inyección 400 mg/200 ml; 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin in d5w inyección 5 %; 250 mg/50 ml, 5 %; 500 mg/100 ml, 5 %; 750 mg/150 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin inyección 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin solución oral 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>levofloxacin tableta 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inyección 400 mg/250 ml; 0.8 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORIDE INYECCIÓN 400 MG/250 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>moxifloxacin hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg; 62.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 200 mg/5 ml; 28.5 mg/5 ml, 400 mg/5 ml; 57 mg/5 ml, 600 mg/5 ml; 42.9 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium suspensión reconstituida 250 mg/5 ml; 62.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 500 mg; 125 mg, 875 mg; 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>amoxicillin cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin suspensión reconstituida 400 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin tableta masticable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amoxicillin tableta 500 mg, 875 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ampicillin sodium inyección 10 g, 125 mg, 1 g i.v., 250 mg, 2 g i.v.</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin sodium inyección 1 g, 2 g, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ampicillin-sulbactam inyección 10 g; 5 g, 1 g; 0.5 g, 2 g; 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin/sulbactam inyección 1 g; 0.5 g, 2 g; 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
BICILLIN L-A INYECCIÓN 1200000 UNIDADES/2 ML, 2400000 UNIDADES/4 ML, 600000 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dicloxacillin sodium cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
EXTENCILLINE INYECCIÓN 1200000 UNIDADES, 2400000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
LENTOCILIN INYECCIÓN 1200000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>nafcillin sodium inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>nafcillin sodium inyección 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nafcillin sodium inyección 10 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>oxacillin sodium inyección 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE INYECCIÓN 40000 UNIDADES/ML, 60000 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin g potassium inyección 20000000 unidades, 5000000 unidades</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>penicillin g sodium inyección</i> 5000000 unidades	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin v potassium solución reconstituida</i> 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>penicillin v potassium tableta 250 mg,</i> 500 mg	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i> inyección 12 g; 1.5 g, 2 g; 0.25 g, 36 g; 4.5 g, 3 g; 0.375 g, 4 g; 0.5 g	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 inyección 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline hyclate cápsula 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>doxycycline hyclate inyección 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline hyclate tableta 100 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>doxycycline monohydrate cápsula 100 mg,</i> 150 mg, 75 mg	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 100 mg,</i> 50 mg, 75 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>doxycycline monohydrate tableta 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline suspensión reconstituida</i> 25 mg/5 ml	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>minocycline hcl cápsula 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>minocycline hcl tableta 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ST MO
<i>minocycline hydrochloride cápsula 100 mg,</i> 50 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>minocycline hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ST MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mondoxylene nl cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
NUZYRA INYECCIÓN 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS LD
NUZYRA TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS LD
<i>tetracycline hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tigecycline inyección 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide cápsula 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA 25 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA
GLEOSTINE CÁPSULA 10 MG, 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
GLEOSTINE CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
LEUKERAN TABLETA 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>lomustine cápsula 10 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
<i>lomustine cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
ANTIMETABOLITOS		
INQOVI TABLETA 100 MG; 35 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (5 EA por 28 días) PA; ACS LD
LONSURF TABLETA 6.14 MG; 15 MG, 8.19 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>mercaptopurine suspensión 2000 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
<i>mercaptopurine tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g/40 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methotrexate sodium inyección 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methotrexate sodium inyección 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>methotrexate inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ONUREG TABLETA 200 MG, 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS LD
PURIXAN SUSPENSIÓN 2000 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS LD
TABLOID TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>abirtega tableta 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
AKEEGA TABLETA 500 MG; 100 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>anastrozole tableta 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bicalutamide tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ELIGARD INYECCIÓN 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
ERLEADA TABLETA 240 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
EULEXIN CÁPSULA 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>exemestane tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
FIRMAGON INYECCIÓN 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
FIRMAGON INYECCIÓN 120 MG/AMPOLLA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
INLURIYO TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>letrozole tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>leuprolide acetate inyección 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
LIFYORLI SUMINISTRO DE CÁPSULAS DE TRATAMIENTO DE 125 MG, SUMINISTRO PARA 1 DOSIS Y SUMINISTRO PARA 3 DOSIS	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (18 EA por 28 días) PA
LIFYORLI SUMINISTRO DE CÁPSULAS DE TRATAMIENTO DE 15 MG, SUMINISTRO PARA 9 DOSIS	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (18 EA por 28 días) PA MO; LD
LIFYORLI SUMINISTRO DE CÁPSULAS DE TRATAMIENTO DE 150 MG, SUMINISTRO PARA 1 DOSIS Y SUMINISTRO PARA 3 DOSIS	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (27 EA por 28 días) PA
LIFYORLI SUMINISTRO DE CÁPSULAS DE TRATAMIENTO DE 150 MG, SUMINISTRO PARA 9 DOSIS	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (27 EA por 28 días) PA MO; LD
LUPRON DEPOT (1 MES) INYECCIÓN 3.75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
LUPRON DEPOT (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
LYSODREN TABLETA 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	LD
<i>megestrol acetate tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>nilutamide tableta 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
NUBEQA TABLETA 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ORGOVYX TABLETA 120 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
ORSERDU TABLETA 345 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
ORSERDU TABLETA 86 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
SOLTAMOX SOLUCIÓN 10 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tamoxifen citrate tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>toremifene citrate tableta 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
VEPPANU TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
VEPPANU TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
XTANDI CÁPSULA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
XTANDI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
YONSA TABLETA 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide cápsula 20 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>lenalidomide cápsula 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>pomalidomide cápsulas 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
POMALYST CÁPSULAS 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
THALOMID CÁPSULA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS LD
VARIOS		
ASPARLAS INYECCIÓN 3750 UNIDADES/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
BESREMI INYECCIÓN 500 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2 ML por 28 días) PA; LD
<i>bexarotene cápsula 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>hydroxyurea cápsula 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IWILFIN TABLETA 192 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
<i>leucovorin calcium tableta 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
MATULANE CÁPSULA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	LD
<i>mesna tableta 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
MODEYSO CÁPSULA 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (20 EA por 28 días) PA; LD
ONCASPAR INYECCIÓN 750 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>tretinoin cápsula 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
WELIREG TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
AGENTES DIANA MOLECULARES		
ALECENSA CÁPSULA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
ALUNBRIG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 90 MG; 180 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
ALUNBRIG TABLETA 180 MG, 90 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
AUGTYRO CÁPSULA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
AUGTYRO CÁPSULA 160 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK PAQ. DE TRATAMIENTO 0.8 MG; 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (66 EA por 28 días) PA; LD
AYVAKIT TABLETA 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
BALVERSA TABLETA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
BALVERSA TABLETA 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BALVERSA TABLETA 3 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (150 EA por 25 días) PA; ACS LD
BOSULIF CÁPSULA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BOSULIF TABLETA 400 MG, 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosutinib tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA
<i>bosutinib tableta 400 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
BRAFTOVI CÁPSULA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
BRUKINSA CÁPSULA 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
BRUKINSA TABLETA 160 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
CABOMETYX TABLETA 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
CALQUENCE TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
CAPRELSA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
COMETRIQ KIT 140 MG DIARIAMENTE	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 100 MG DIARIAMENTE	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
COMETRIQ KIT 60 MG DIARIAMENTE	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
COPIKTRA CÁPSULA 15 MG, 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COTELLIC TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (63 EA por 28 días) PA; ACS LD
DANZITEN TABLETA 71 MG, 95 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
<i>dasatinib tableta 100°mg, 140°mg, 50°mg, 70°mg, 80°mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>dasatinib tableta 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
DAURISMO TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
DAURISMO TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ENSACOVE CÁPSULA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (270 EA por 30 días) PA; LD
ENSACOVE CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
ERIVEDGE CÁPSULA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>erlotinib hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta soluble 3 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
FOTIVDA CÁPSULA 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; LD
FRUZAQLA CÁPSULA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FRUZAQLA CÁPSULA 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GAVRETO CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>gefitinib tableta 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
GILOTRIF TABLETA 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (126 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI CÁPSULA 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
GOMEKLI TABLETA SOLUBLE 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (168 EA por 28 días) PA; LD
HERNEXEOS TABLETA 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
HYRNUO TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
IBRANCE CÁPSULA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBRANCE TABLETA 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA; ACS LD
IBTROZI CÁPSULA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
ICLUSIG TABLETA 10 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
ICLUSIG TABLETA 15 MG, 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IDHIFA TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>imatinib mesylate tableta 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>imatinib mesylate tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
IMBRUVICA CÁPSULA 70 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMBRUVICA CÁPSULA 140 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
IMBRUVICA SUSPENSIÓN 70 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (216 ML por 27 días) PA; LD
IMBRUVICA TABLETA 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
IMKELDI SOLUCIÓN 80 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (280 ML por 28 días) PA; LD
INLYTA TABLETA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
INLYTA TABLETA 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
INREBIC CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 9 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS LD
ITOVEBI TABLETA 3 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
JAKAFI XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAKAFI TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
JAYPIRCA TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
JAYPIRCA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
KISQALI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
KOMZIFTI CÁPSULA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
KOSELUGO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 5 MG, 7.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
KOSELUGO CÁPSULA 10 MG, 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
KRAZATI TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lapatinib ditosylate tableta 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
LAZCLUZE TABLETA 240°MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
LAZCLUZE TABLETA 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
LORBRENA TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 240 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 120 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
LUMAKRAS TABLETA 320 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYNPARZA TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 16 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (140 EA por 28 días) PA; LD
LYTGOBI PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 12 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; LD
MEKINIST SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.05 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1260 ML por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKINIST TABLETA 0.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
MEKTOVI TABLETA 15 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NERLYNX TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
NILOTINIB D-TARTRATE CÁPSULA 150 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; LD
NILOTINIB D-TARTRATE CÁPSULA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 150 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
<i>nilotinib hydrochloride cápsula 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
NINLARO CÁPSULA 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ODOMZO CÁPSULA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
OGSIVEO TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
OGSIVEO TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
OJEMDA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 25 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (96 ML por 28 días) PA; LD
OJEMDA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
OJJAARA TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pazopanib hydrochloride tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pazopanib hydrochloride tableta 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
PEMAZYRE TABLETA 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
PIQRAY 300 MG DOSIS DIARIA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
QINLOCK TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; LD
RETEVMO CÁPSULA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
SORINE TABLETA 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
RETEVMO CÁPS. 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
REVUFORJ TABLETA 110 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
REVUFORJ TABLETA 160 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
REZLIDHIA CÁPSULA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
ROMIDEPSIN INYECCIÓN 27.5 MG/5.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>romidepsin inyección 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
ROMVIMZA CÁPSULA 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
ROZLYTREK CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROZLYTREK CÁPSULA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
ROZLYTREK PAQUETE 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (336 EA por 28 días) PA; ACS LD
RUBRACA TABLETA 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
RYDAPT CÁPSULA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS
SCEMBLIX TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (300 EA por 30 días) PA; LD
SCEMBLIX TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
<i>sorafenib tosylate tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
STIVARGA TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>sunitinib malate cápsula 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
TABRECTA TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TAFINLAR CÁPSULA 50 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
TAFINLAR TABLETA SOLUBLE 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (840 EA por 28 días) PA; ACS LD
TAGRISSO TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
TALZENNA CÁPSULA 0.25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
TECVAYLI INYECCIÓN 153 MG/1.7 ML, 30 MG/3 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
TEPMETKO TABLETA 225 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TIBSOVO TABLETA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>torpenz tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUQAP TABLETA 160 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (64 EA por 28 días) PA; LD
TRUXIMA INYECCIÓN 100 MG/10 ML, 500 MG/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
TUKYSA TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
TUKYSA TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; LD
TURALIO CÁPSULA 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VANFLYTA TABLETA 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA PAQUETE INICIAL PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 10 MG; 100 MG; 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (42 EA por 28 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VENCLEXTA TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VERZENIO TABLETA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
VITRAKVI SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (300 ML por 30 días) PA; ACS LD
VIZIMPRO TABLETA 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VONJO CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 40°MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
VORANIGO TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD
XALKORI CÁPSULA 200 MG, 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
XOSPATA TABLETA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (24 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO 80 MG PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA DOS VECES POR SEMANA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (32 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 40 MG UNA VEZ POR SEMANA (PAQUETE DE 16 TABLETAS)	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (16 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 40 MG UNA VEZ POR SEMANA (PAQUETE DE 4 TABLETAS), 60 MG UNA VEZ POR SEMANA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4 EA por 28 días) PA; LD
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA 100 MG UNA VEZ POR SEMANA, 80 MG UNA VEZ POR SEMANA, 40 MG DOS VECES POR SEMANA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 EA por 28 días) PA; LD
<i>yulithira tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
ZEJULA TABLETA 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZELBORAF TABLETA 240 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZIRABEV INYECCIÓN 100 MG/4 ML, 400 MG/16 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ZOLINZA CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
ZYDELIG TABLETA 100 MG, 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ZYKADIA TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS

CARDIOVASCULARES**COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA**

<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride cápsula 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 2.5 mg; 10 mg, 5 mg; 10 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg, 20 mg; 12.5 mg, 20 mg; 25 mg, 5 mg; 6.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 15 mg, 25 mg; 25 mg, 50 mg; 15 mg, 50 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 25 mg, 5 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg, 20 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 10 mg, 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 25 mg; 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril/verapamil hcl er tableta de liberación prolongada 1 mg; 240 mg, 2 mg; 180 mg, 2 mg; 240 mg, 4 mg; 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO

INHIBIDORES DE LA ECA

<i>benazepril hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
---	---------------------	----

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>captopril tableta 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>enalapril maleate tableta 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>fosinopril sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lisinopril tableta 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>moexipril hydrochloride tableta 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>perindopril erbumine tableta 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>quinapril hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>ramipril cápsula 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trandolapril tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
KERENDIA TABLETA 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>spironolactone tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate tableta 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>prazosin hydrochloride cápsula 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>terazosin hcl cápsula 10 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>terazosin hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II

<i>amlodipine besylate/valsartan tableta 10 mg; 160 mg, 10 mg; 320 mg, 5 mg; 160 mg, 5 mg; 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil tableta 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 160 mg, 10 mg; 25 mg; 320 mg, 5 mg; 12.5 mg; 160 mg, 5 mg; 25 mg; 160 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 32 mg; 12.5 mg, 32 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tableta 16 mg; 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR TABLETA 40 MG; 12.5 MG, 40 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 15 MG; 16 MG, 6 MG; 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 100 mg, 12.5 mg; 50 mg, 25 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 12.5 mg; 40 mg, 10 mg; 25 mg; 40 mg, 5 mg; 12.5 mg; 20 mg, 5 mg; 12.5 mg; 40 mg, 5 mg; 25 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 20 mg, 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sacubitril/valsartan tableta 24 mg; 26 mg, 49 mg; 51 mg, 97 mg; 103 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>telmisartan/amlodipine tableta 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>valsartan/hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg; 160 mg, 12.5 mg; 320 mg, 12.5 mg; 80 mg, 25 mg; 160 mg, 25 mg; 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
AZILSARTAN MEDOXOMIL TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil tableta 32 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil tableta 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBI TABLETA 40 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan tableta 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 320 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tableta 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hydrochloride inyección 150 mg/3 ml, 50 mg/ml, 900 mg/18 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>amiodarone hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>disopyramide phosphate cápsula 100 mg, 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>dofetilide cápsula 125 µg, 250 µg, 500 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
<i>flecainide acetate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W INYECCIÓN 5 %; 4 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
LIDOCAINE HCL INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hcl inyección jeringa precargada 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
MULTAQ TABLETA 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NORPACE CR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS 100 MG, 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pacerone tableta 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>propafenone hcl tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propafenone hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 12 horas 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>propafenone hydrochloride tableta 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>quinidine sulfate tableta 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sotalol hcl tableta 120 mg, 160 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sotalol hydrochloride (af) tableta 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sotalol hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized cápsula 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fenofibrate cápsula 130 mg, 150 mg, 43 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fenofibrate tableta 145 mg, 160 mg, 40 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fenofibric acid dr cápsula de liberación retardada 135 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>gemfibrozil tableta 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin cápsula 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>pravastatin sodium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine light paquete 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cholestyramine light polvo 4 g/dosis</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>cholestyramine paquete 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cholestyramine polvo 4 g/dosis</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>colesevelam hydrochloride paquete 3.75 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>colesevelam hydrochloride tableta 625 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>colestipol hydrochloride gránulos 5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>colestipol hydrochloride paquete 5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>colestipol hydrochloride tableta 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ezetimibe/simvastatin tableta 10 mg; 10 mg, 10 mg; 20 mg, 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ezetimibe tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NEXLETOL TABLETA 180 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
NEXLIZET TABLETA 180 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 1000 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>niacin er tableta de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>niacin tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>niacor tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters cápsula 375 mg; 465 mg; 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>prevalite paquete 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>prevalite polvo 4 g/dosis</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
REPATHA PUSHTRONEX SISTEMA INYECCIÓN 420 MG/3.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REPATHA SURECLICK INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA
REPATHA INYECCIÓN 140 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA
VASCEPA CÁPSULA 0.5 G, 1 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO		
<i>atenolol/chlorthalidone tableta 100 mg; 25 mg, 50 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide tableta 10 mg; 6.25 mg, 2.5 mg; 6.25 mg, 5 mg; 6.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 100 mg, 25 mg; 50 mg, 50 mg; 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
BETA BLOQUEANTES		
<i>acebutolol hydrochloride cápsula 200 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>atenolol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>betaxolol hcl tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bisoprolol fumarate tableta 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>carvedilol phosphate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol tableta 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>labetalol hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>labetalol hydrochloride tableta 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol succinate er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>metoprolol tartrate inyección 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>metoprolol tartrate tableta 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nadolol tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pindolol tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hcl inyección 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>propranolol hcl solución oral 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>propranolol hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>timolol maleate tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>cartia xt cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>dilt-xr cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación prolongada 12 horas (genérico de Cardizem SR) 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Tiazac) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas (genérico de Cardizem LA) 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DILTIAZEM HCL INYECCIÓN 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hcl inyección 50 mg/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hcl tableta 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Cardizem CD, Dilacor XR, y Tiazac) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas (genérico de Cardizem LA) 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diltiazem hydrochloride inyección 125 mg/25 ml, 25 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hydrochloride tableta 120 mg, 90 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>felodipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>isradipine cápsula 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>matzim la tableta de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>matzim la tableta de liberación prolongada 24 horas 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nicardipine hcl cápsula 20 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 30 mg (genérico de Procardia XL), 60 mg (genérico de Procardia XL), 90 mg (genérico de Adalat CC y Procardia XL)</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nifedipine er tableta de liberación prolongada 24 horas (genérico de Adalat CC) 30 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>nisoldipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 17 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>nisoldipine er tableta de liberación prolongada 24 horas 34 mg, 8.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tiadylt er cápsula de liberación prolongada 24 horas 420 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hcl er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Verelan PM y Verelan SR) 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hcl er tableta de liberación prolongada (genérico de Calan SR) 120 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERAPAMIL HCL SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS (GENÉRICO DE VERELAN SR) 360 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>verapamil hcl sr cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Verelan SR) 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Verelan PM) 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hydrochloride er tableta de liberación prolongada (genérico de Calan SR) 180 mg, 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 360 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil hydrochloride cápsula de liberación prolongada 24 horas 240 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>verapamil hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>verapamil hydrochloride tableta 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er cápsula de liberación prolongada 12 horas 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>acetazolamide tableta 125 mg, 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>amiloride hcl tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide tableta 5 mg; 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bumetanide inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>bumetanide tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>chlorthalidone tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>furosemide inyección 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>furosemide solución oral 10 mg/ml, 40 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>mirtazapine tableta 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrochlorothiazide cápsula 12.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>hydrochlorothiazide tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>indapamide tableta 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>methazolamide tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metolazone tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>torsemide tableta 100 mg, 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide cápsula 25 mg; 37.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide tableta 25 mg; 37.5 mg, 50 mg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
VARIOS		
<i>aliskiren tableta 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium tableta 10 mg; 10 mg; 10 mg, 20 mg, 10 mg; 40 mg, 10 mg; 80 mg, 2.5 mg; 10 mg, 2.5 mg; 20 mg, 2.5 mg; 40 mg, 5 mg; 10 mg, 5 mg; 20 mg, 5 mg; 40 mg, 5 mg; 80 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine hydrochloride tableta 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clonidine parche semanal 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine parche semanal 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (8 EA por 28 días) MO
CORLANOR SOLUCIÓN 5 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>digoxin inyección 0.25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>digoxin oral solución 0.05 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>digoxin tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digoxin tableta 62.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>digox tableta 125 µg, 250 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días)
<i>droxidopa cápsula 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>droxidopa cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>guanfacine hydrochloride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydralazine hydrochloride inyección 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>hydralazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride tableta 37.5 mg; 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ivabradine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metirosine cápsula 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>midodrine hydrochloride tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>minoxidil tableta 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ranolazine er tableta de liberación prolongada 12 horas 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
VERQUVO TABLETA 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
VYNDAMAX CÁPSULA 61 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate tableta 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>isosorbide dinitrate tableta 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>isosorbide mononitrate er tableta de liberación prolongada 24 horas 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nitro-bid pomada 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitroglycerin parche transdérmico 24 horas 0.1 mg/h, 0.2 mg/h, 0.4 mg/h, 0.6 mg/h</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NITROGLYCERIN INYECCIÓN 5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>nitroglycerin pomada transdérmica 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>nitroglycerin translingual solución 0.4 mg/ aerosol</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nitroglycerin tableta sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABLETA 0.5 MG, 1.5 MG, 1 MG, 2.5 MG, 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>ambrisentan tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>bosentan tableta soluble 32 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 62.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>bosentan tableta 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>epoprostenol sodium inyección 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D; ACS
<i>epoprostenol sodium inyección 1.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D; ACS
<i>macitentan tableta 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>sildenafil citrate (genérico de Revatio) tableta 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sildenafil inyección 10 mg/12.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil (genérico de Adcirca) tableta 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
TYVASO KIT DE RECARGA SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
TYVASO KIT INICIAL SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TYVASO SOLUCIÓN 0.6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO TABLETA 200 MG; 800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (200 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI INYECCIÓN 1800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; LD
UPTRAVI TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (140 EA por 28 días) PA; ACS LD
UPTRAVI TABLETA 1000 MG, 1200 MG, 1400 MG, 1600 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 1 AMPOLLA) 45 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 EA por 21 días) PA; ACS LD
WINREVAIR INYECCIÓN (KIT DE 2 AMPOLLAS) 45 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2 EA por 21 días) PA; ACS LD

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**ANSIOLÍTICOS**

ALPRAZOLAM INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (300 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>alprazolam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>buspirone hcl tableta 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>buspirone hydrochloride tableta 10 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>chlordiazepoxide hcl cápsula 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>chlordiazepoxide hydrochloride cápsula 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lorazepam intensol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (150 ML por 30 días) PA; HRM
<i>lorazepam inyección 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (150 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>lorazepam tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (150 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>oxazepam cápsula 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tableta 23 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er cápsula de liberación prolongada 24 horas 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solución 4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tableta 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>memantine hcl paquete de ajuste de la dosis tableta 10 mg; 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (98 EA por 365 días) PA
<i>emantine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>memantine hydrochloride solución 2 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (360 ML por 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NAMZARIC CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 14 MG, 10 MG; 21 MG, 10 MG; 28 MG, 10 MG; 7 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>rivastigmine tartrate cápsula 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rivastigmine sistema transdérmico parche 24 horas 13.3 mg/24 h, 4.6 mg/24 h, 9.5 mg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO; HRM
<i>amitriptyline hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO; HRM
<i>amoxapine tableta 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
AUVELITY PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PAQ. DE TRATAMIENTO 30 MG/105 MG; 45 MG; 105 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (102 EA por 365 días) MO
AUVELITY TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 105 MG; 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
BUPROPION HYDROCHLORIDE ER (XL) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 450 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>citalopram hydrobromide tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>clomipramine hydrochloride cápsula 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO; HRM
<i>desvenlafaxine er tableta (genérico de Pristiq) de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>doxepin hcl cápsula 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>doxepin hcl concentrado 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>doxepin hydrochloride cápsula 100 mg, 10 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBERACIÓN RETARDADA 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>duloxetine hydrochloride dr (genérico de Cymbalta) cápsula de partículas de liberación retardada 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>duloxetine hydrochloride dr (genérico de Irenka) cápsula con partículas de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
EMSAM PARCHE 24 HORAS 12 MG/24 H, 6 MG/24 H, 9 MG/24 H	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
ESCITALOPRAM OXALATE CÁPSULA 15 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>escitalopram oxalate tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 EA por 30 días) MO; HRM
EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (64 EA por 365 días) PA MO
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18.2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
EXXUA TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO CÁPSULA ER 24 HORAS 20 MG; 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM
FETZIMA CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 120 MG, 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 20 MG, 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluoxetine dr cápsula de liberación retardada 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride cápsula 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride solución 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride (genérico de Prozac) tableta 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>imipramine hcl tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
<i>imipramine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
MARPLAN TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tableta 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nefazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nortriptyline hcl cápsula 25 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>nortriptyline hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>nortriptyline hydrochloride cápsula 10 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hcl tableta 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspensión 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>perphenazine/amitriptyline tableta 10 mg; 2 mg, 10 mg; 4 mg, 25 mg; 2 mg, 25 mg; 4 mg, 50 mg; 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfate tableta 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>protriptyline hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
RALDESY SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
<i>sertraline hcl concentrado 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sertraline hcl tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tranylcypromine sulfate tableta 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>trazodone hydrochloride tableta 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>trimipramine maleate cápsula 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
TRINTELLIX TABLETA 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
VENLAFAXINE BESYLATE ER TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 112.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride tableta 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>vilazodone hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ZURZUVAE CÁPSULA 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (14 EA por 14 días) PA; ACS LD
ZURZUVAE CÁPSULA 20 MG, 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 14 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl cápsula 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>amantadine hcl solución 50 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>amantadine hcl tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>rimantadine hydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>benztropine mesylate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>benztropine mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>bromocriptine mesylate tableta 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>carbidopa/levodopa er tableta de liberación prolongada 25 mg; 100 mg, 50 mg; 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg; 100 mg, 25 mg; 100 mg, 25 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE TABLETA 12.5 MG; 200 MG; 50 MG, 18.75 MG; 200 MG; 75 MG, 25 MG; 200 MG; 100 MG, 31.25 MG; 200 MG; 125 MG, 37.5 MG; 200 MG; 150 MG, 50 MG; 200 MG; 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>carbidopa/levodopa tableta 10 mg, 100 mg, 25 mg, 100 mg, 25 mg, 250 mg,</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>carbidopa tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>entacapone tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
INBRIJA CÁPSULA 42 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (300 EA por 30 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pramipexole dihydrochloride tableta 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>rasagiline mesylate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 12 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tableta de liberación prolongada 24 horas 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ropinirole hydrochloride tableta 0.25 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>selegiline hcl cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>selegiline hcl tableta 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>trihexyphenidyl hydrochloride solución 0.4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
ANTIPSICÓTICOS		
<i>ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 720 MG/2.4 ML</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2.4 ML por 56 días) MO
<i>ABILIFY ASIMTUFII INYECCIÓN 960 MG/3.2 ML</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.2 ML por 56 días) MO
<i>ABILIFY MAINTENA INYECCIÓN 300 MG, 400 MG</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aripiprazole solución 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 2 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
ARISTADA INITIO INYECCIÓN 675 MG/2.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	HRM
ARISTADA INYECCIÓN 441 MG/1.6 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.6 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 662 MG/2.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2.4 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 882 MG/3.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.2 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INYECCIÓN 1064 MG/3.9 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.9 ML por 56 días); HRM
<i>asenapine maleate sl tableta sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
BYSANTI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 1 MG; 2 MG; 4 MG; 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (16 EA por 365 días) PA
BYSANTI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 1 MG; 2 MG; 6 MG; 8 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (24 EA por 365 días) PA
BYSANTI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 1 MG; 2 MG; 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (16 EA por 365 días) PA
BYSANTI TABLETA 10 MG, 12 MG, 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
CAPLYTA CÁPSULA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 50 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	HRM
<i>chlorpromazine hcl inyección 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride concentrado 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlorpromazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tabs. bucodispersables que se desintegran 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (270 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	HRM
<i>clozapine tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días); HRM
<i>clozapine tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (270 EA por 30 días); HRM
COBENFY STARTER PACK PAQ. DE TRATAMIENTO CÁPSULA 50 MG; 20 MG Y 100 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 365 días) MO
COBENFY CÁPSULA 20 MG; 100 MG, 50 MG; 20 MG, 30 MG; 125 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (0.25 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.75 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.5 ML por 28 días) MO
ERZOFRI INYECCIÓN 351 MG/2.25 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4.5 ML por 365 días)
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A TABLETA 1 MG; 2 MG; 4 MG; 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B TABLETA 1 MG; 2 MG; 6 MG; 8 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C TABLETA 1 MG; 3 MG; 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
FANAPT TABLETA 10 MG, 12 MG, 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluphenazine decanoate inyección 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>fluphenazine hcl concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride inyección 2.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>haloperidol decanoate inyección 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>haloperidol lactate inyección 5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>haloperidol concentrado 2 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>haloperidol tableta 0.5 mg, 10 mg, 1 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1092 MG/3.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.5 ML por 180 días); HRM
INVEGA HAFYERA INYECCIÓN 1560 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (5 ML por 180 días); HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 39 MG/0.25 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (0.25 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 78 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 117 MG/0.75 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.75 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 156 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA SUSTENNA INYECCIÓN 234 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 273 MG/0.88 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.88 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 410 MG/1.32 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.32 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 546 MG/1.75 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.75 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INYECCIÓN 819 MG/2.63 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2.63 ML por 90 días); HRM
<i>loxapine cápsula 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tableta 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
LYBALVI TABLETA 10 MG; 10 MG, 5 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
LYBALVI TABLETA 15 MG; 10 MG, 20 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	HRM
<i>molindone hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	HRM
NUPLAZID CÁPSULA 34 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
NUPLAZID TABLETA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS HRM LD
<i>olanzapine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine inyección 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (3 EA por 1 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 10 mg, 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPIPZA PELÍCULA 2 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
OPIPZA PELÍCULA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tableta de liberación prolongada 24 horas 6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine tableta 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>pimozide tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 150 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 300 mg, 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tableta 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 3 MG, 4 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLETA 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone er inyección 12.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (2 EA por 28 días) MO; HRM
<i>risperidone er inyección 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tabs. bucodispersables que se desintegran 0.25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone solución 1 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (480 ML por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tableta 0.25 mg, 0.5 mg, 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
SECUADO PARCHE 24 HORAS 3.8 MG/24 H, 5.7 MG/24 H, 7.6 MG/24 H	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>thioridazine hydrochloride tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA MO; HRM
<i>thiothixene cápsula 10 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 2 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tableta 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>trifluoperazine hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
VERSACLOZ SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 0.5 MG, 0.75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
VRAYLAR CÁPSULA 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
VRAYLAR CÁPSULA 1.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone hcl cápsula 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ziprasidone mesylate inyección 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (6 EA por 3 días) MO; HRM
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 210 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 405 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS
ZYPREXA RELPREVV INYECCIÓN 300 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
AGENTES ANTICONVULSIVANTES		
APTiom TABLETA 200 MG, 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
APTiom TABLETA 600 MG, 800 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>brivaracetam inyección 50 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (600 ML por 30 días)
<i>brivaracetam solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>brivaracetam tableta 100 mg, 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
BRIVIACT INYECCIÓN 50 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA
BRIVIACT SOLUCIÓN ORAL 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA MO
BRIVIACT TABLETA 100 MG, 10 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>carbamazepine er carbamazepine er cápsula de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>carbamazepine er tableta de liberación prolongada 12 horas 200 mg, 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>carbamazepine suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta masticable 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbamazepine tableta masticable 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>carbamazepine tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>clobazam suspensión 2.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>clobazam tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs. bucodispersables que se desintegran 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tableta 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clorazepate dipotassium tableta 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
DIACOMIT CÁPSULA 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT CÁPSULA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
DIACOMIT PAQUETE 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA; LD
<i>diazepam intensol concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam concentrado 5 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
OLANZAPINE TABLETA 10 MG, 10 MG, 2.5 MG, 20 MGOLANZAPINE	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (5 EA por 30 días) MO; HRM
<i>diazepam inyección 5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam solución oral 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1200 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam tableta 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
DILANTIN INFATABS TABLETA MASTICABLE 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
DILANTIN-125 SUSPENSIÓN 125 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
DILANTIN CÁPSULA 100 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>divalproex sodium dr cápsula con gránulos dispersables de liberación retardada 125 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>divalproex sodium dr tableta de liberación retardada 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>divalproex sodium er tableta de liberación prolongada 24 horas 250 mg, 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
EPIDIOLEX SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA; ACS LD
EPRONTIA SOLUCIÓN 25 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 200 mg, 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>eslicarbazepine acetate tableta 600 mg, 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ethosuximide cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ethosuximide solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>felbamate suspensión 600 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>felbamate tableta 400 mg, 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
FINTEPLA SOLUCIÓN 2.2 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 ML por 30 días) PA; LD
<i>fosphenytoin sodium inyección 100 mg pe/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fosphenytoin sodium inyección 500 mg pe/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
FYCOMPA SUSPENSIÓN 0.5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (680 ML por 28 días) PA MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) cápsula 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (270 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico Neurontin) cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (2160 ML por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 600 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin (genérico de Neurontin) tableta 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide inyección 200 mg/20 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>lacosamide solución oral 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1200 ML por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lamotrigine er tableta de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 250 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine kit inicial/kit azul 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lamotrigine starter kit/green kit 100 mg; 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>lamotrigine starter kit/orange kit 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamotrigine tableta masticable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>lamotrigine tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>levetiracetam er tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LEVETIRACETAM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 500 MG/100 ML; 820 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam/sodium chloride inyección 1000 mg/100 ml; 750 mg/100 ml, 1500 mg/100 ml; 540 mg/100 ml, 500 mg/100 ml; 820 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam inyección 500 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam solución oral 100 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
LEVETIRACETAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>levetiracetam tableta 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LIBERVANT PELÍCULA 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>methsuximide cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NAYZILAM SOLUCIÓN 5 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine suspensión 300 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>oxcarbazepine tableta 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>perampanel suspensión 0.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (680 ML por 28 días) PA MO
<i>perampanel tableta 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perampanel tableta 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>phenobarbital sodium inyección 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM
<i>phenobarbital elixir 20 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1500 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenobarbital tableta 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenytek cápsula 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>phenytoin sodium extended cápsula 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>phenytoin sodium inyección 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>phenytoin suspensión 125 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>phenytoin tableta masticable 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
PREGABALIN CÁPSULA 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 c/u por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (120 c/u por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 225 mg, 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cápsula 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
PREGABALIN SOLUCIÓN 20 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone tableta 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>roweepra tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>rufinamide suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 EA por 30 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rufinamide tableta 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 750 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (360 EA por 30 días) MO
SPRITAM TABLETA SOLUBLE QUE SE DESINTEGRA 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>subvenite kit inicial/kit azul 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>subvenite starter kit/green kit 100 mg; 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>subvenite starter kit/orange kit 100 mg; 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
SUBVENITE SUSPENSIÓN 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>subvenite tableta 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
SYMPAZAN PELÍCULA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
SYMPAZAN PELÍCULA 10 MG, 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>tiagabine hydrochloride tableta 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>topiramate er cápsula er 24 horas con gránulos dispersables 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>topiramate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>topiramate cápsula con gránulos dispersables 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>topiramate solución 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 ML por 30 días) PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>topiramate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>valproate sodium inyección 100 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>valproic acid cápsula 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>valproic acid solución 250 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
VALTOCO DOSIS DE 10 MG LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO DOSIS DE 15 MG LÍQUIDO PAQ. DE TRATAMIENTO 7.5 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO DOSIS DE 20 MG PAQ. DE TRATAMIENTO LÍQUIDO 10 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO DOSIS DE 5 MG 5 MG/0.1 ML LÍQUIDO	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin paquete 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigabatrin tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>vigadrone paquete 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>vigadrone tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
VIGAFYDE SOLUCIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (750 ML por 30 días) PA; LD
XCOPRI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO TABLETA 12.5 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (28 EA por 28 días)
XCOPRI TABLETA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS 150 MG; 200 MG; 50 MG; 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días)



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI TABLETA PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO 150 MG; 100 MG, 200 MG; 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) MO
XCOPRI TABLETA 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABLETA 150 MG, 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
ZONISADE SUSPENSIÓN 100 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>zonisamide cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>zonisamide cápsula 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
ZTALMY SUSPENSIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1100 ML por 30 días) PA; LD

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

<i>amphetamine/dextroamphetamine cápsula de liberación prolongada 24 horas 1.25 mg; 1.25 mg; 1.25 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 2.5 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg; 3.75 mg, 5 mg; 5 mg; 5 mg; 5 mg, 6.25 mg; 6.25 mg; 6.25 mg; 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg; 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tableta 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine hydrochloride cápsula 10 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cápsula 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tableta 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate tableta masticable 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (cd) cápsula de liberación prolongada (genérico de Metadate CD) 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (dif) tableta de liberación prolongada 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (la) cápsula de liberación prolongada 24 horas (genérico de Ritalin LA) 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER (OSM) TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA (GENÉRICO DE RELEXXI) 45 MG, 63 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er (osm) tableta de liberación prolongada (genérico de Concerta) 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg (genérico de Relexxi) 72 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tableta de liberación prolongada (genérico de Metadate ER y Ritalin SR) 10 mg, 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta masticable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)
HIPNÓTICOS		
DAYVIGO TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>doxepin hydrochloride tableta 3 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tasimelteon cápsula 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>temazepam cápsula 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>triazolam tableta 0.125 mg, 0.25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon cápsula 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zaleplon cápsula 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zolpidem tartrate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
MIGRAÑA		
AIMOVIG INYECCIÓN 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (1 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dihydroergotamine mesylate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate solución nasal 4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>ergotamine tartrate/cafeine tableta 100 mg; 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (40 EA por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl tableta 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (9 EA por 30 días) MO
NURTEC TABLETA QUE SE DESINTEGRA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (16 EA por 30 días) PA MO
QULIPTA TABLETA 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables tableta que se desintegra 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate resurtido de inyección 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate inyección 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 100 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tableta 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (9 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan solución 20 mg/pulverización, 5 mg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 EA por 30 días) MO
UBRELVY TABLETA 100 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (16 EA por 30 días) PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
AUSTEDO XR PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS PARA EL PACIENTE, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE TRATAMIENTO 12 MG; 18 MG; 24 MG; 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 24 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 12 MG, 9 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLETA 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>lithium carbonate er tableta de liberación prolongada 300 mg, 450 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>lithium carbonate cápsula 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium carbonate tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>lithium solución 8 meq/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NUEDEXTA CÁPSULA 20 MG; 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 330 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tableta de liberación prolongada 24 horas 165 mg, 82.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide er tableta de liberación prolongada 180 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pyridostigmine bromide tableta 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>riluzole tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tetrabenazine tableta 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
<i>tetrabenazine tableta 12.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BAFIERTAM CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA 95 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
BETASERON INYECCIÓN 0.3 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS
<i>dalfampridine er tableta de liberación prolongada 12 horas 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA; ACS
<i> fingolimod hydrochloride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatiramer acetate inyección 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
<i>glatopa inyección 20 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA INYECCIÓN 20 MG/0.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6.4 ML por 365 días) PA; ACS LD
<i>teriflunomide tableta 14 mg, 7 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i>baclofen tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>baclofen tableta 15 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>clorzoxazone tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dantrolene sodium cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tizanidine hcl tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tizanidine hydrochloride cápsula 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tizanidine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil tableta 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>armodafinil tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tableta 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>sodium oxybate solución 500 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (540 ML por 30 días) PA; LD
PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS		
<i>acamprosate calcium dr tableta de liberación retardada 333 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 8 mg; 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl tableta sublingual 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hcl tableta sublingual 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 8 mg; 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 2 mg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 12 mg; 3 mg, 4 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tableta de liberación prolongada 12 horas 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>disulfiram tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
KLOXXADO LÍQUIDO 8 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>naloxone hcl inyección 4 mg/10 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>naloxone hydrochloride inyección 0.4 mg/ml cartucho jeringa precargada, 2 mg/2 ml jeringa precargada</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>naloxone hydrochloride inyección 0.4 mg/ml ampolla</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>naltrexone hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
NICOTROL NS SOLUCIÓN 10 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (360 ML por 365 días) MO
REXTOVY LÍQUIDO 4 MG/0.25 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>varenicline paq. de tratamiento mensual inicial, tableta 0.5 mg; 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>varenicline tartrate continuing month tableta 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>varenicline tartrate tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
VIVITROL INYECCIÓN 380 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS

ENDOCRINOS Y METABÓLICOS**ANDRÓGENOS**

<i>danazol cápsula 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>methyltestosterone cápsula 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
<i>testosterone cypionate inyección 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>testosterone enanthate inyección 200 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>testosterone pump gel 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone gel 25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (300 G por 30 días) MO
<i>testosterone solución 30 mg/pulverización</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (180 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
BD ALCOHOL SWABS	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA II/0.3 ML/31G X 5/16"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.5 ML/30 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD INSULIN JERINGA ULTRAFINA/1 ML/31 G X 5/16"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
BD PEN VARIOS	\$0 para el Nivel 1	MO
BD VEO INSULIN JERINGA ULTRAFINA/0.3 ML/31 G X 15/64"	\$0 para el Nivel 1	PA MO
APÓSITOS DE GASA CURITY 2"X2" 12 APÓSITOS PLY	\$0 para el Nivel 1	PA MO
FIASP FLEXTOUCH INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
FIASP PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
FIASP PUMPCART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
FIASP INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO) INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INYECCIÓN 500 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSULIN ASPART FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
INSULIN ASPART PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
INSULIN ASPART INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
LANTUS SOLOSTAR INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
LANTUS INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN N FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN N INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN R FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN R INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
NOVOLOG FLEXPEN RELION INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG FLEXPEN INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN INYECCIÓN PRECARGADA 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 INYECCIÓN 30 UNIDADES/ML; 70 UNIDADES/ML (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLOG PENFILL INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG RELION INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
NOVOLOG INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
SOLQUA 100/33 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 33 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (15 ML por 25 días) MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
TOUJEO SOLOSTAR INYECCIÓN 300 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
XULTOPHY 100/3.6 INYECCIÓN 100 UNIDADES/ML; 3.6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 5 mg; 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dapagliflozin/metformin hydrochloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 5 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>dapagliflozin tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
FARXIGA TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glipizide er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tableta de liberación prolongada 24 horas 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg; 500 mg, 5 mg; 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tableta 2.5 mg; 250 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
GLYXAMBI TABLETA 10 MG; 5 MG, 25 MG; 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 1000 MG; 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABLETA LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 1000 MG; 50 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUMET TABLETA 1000 MG; 50 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUVIA TABLETA 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABLETA 10 MG, 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 5 MG; 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO TABLETA 2.5 MG; 1000 MG, 2.5 MG; 500 MG, 2.5 MG; 850 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR) tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Glucophage XR) tableta de liberación prolongada 24 horas 750 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er (genérico de Fortamet y Glumetza) tableta de liberación prolongada 24 horas 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 c/u por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (75 c/u por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tableta 850 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>miglitol tableta 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
MOUNJARO INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (2 ML por 28 días) PA MO
MOUNJARO INYECCIÓN 2.5 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (4 ML por 365 días) PA
<i>nateglinide tableta 120 mg, 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
OZEMPIC INYECCIÓN 2 MG/3 ML, 4 MG/3 ML, 8 MG/3 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (3 ML por 28 días) PA MO
OZEMPIC TABLETA 1.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA
OZEMPIC TABLETA 4 MG, 9 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride tableta 2 mg; 30 mg, 4 mg; 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl tableta 500 mg; 15 mg, 850 mg; 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl tableta 45 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tableta 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>repaglinide tableta 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (240 EA por 30 días) MO
RYBELSUS TABLETA 3 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA
RYBELSUS TABLETA 14 MG, 7 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>sitagliptin phosphate tableta 100 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días)
<i>sitagliptin phosphate tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
SYMLINPEN 120 INYECCIÓN 2700 MG/2.7 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (10.8 ML por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 60 INYECCIÓN 1500 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6 ML por 30 días) PA MO
TRADJENTA TABLETA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 5 MG; 1000 MG, 25 MG; 5 MG; 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12.5 MG; 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 2.5 MG; 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
TRULICITY INYECCIÓN 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (2 ML por 28 días) PA MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 10 MG; 1000 MG, 10 MG; 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG, 5 MG; 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium solución 70 mg/75 ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>alendronate sodium tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tableta 35 mg, 70 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BILDYOS INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1 ML por 180 días); ACS
BILPREVDA INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
BONSITY INYECCIÓN 560 MG/2.24 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>calcitonin-salmon solución 200 unidades/pulverización</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>ibandronate sodium inyección 3 mg/3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (3 ML por 90 días) MO
<i>ibandronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 30 días) MO
OSPOMYV INYECCIÓN 60 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1 ML por 180 días); ACS
PAMIDRONATE DISODIUM INYECCIÓN 6 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>pamidronate disodium inyección 30 mg/10 ml, 90 mg/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>risedronate sodium dr tableta de liberación retardada 35 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 150 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 30 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>risedronate sodium tableta 35 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>teriparatide inyección (marca Alvogen) 560 µg/2.24 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
TYMLOS INYECCIÓN 3120 MG/1.56 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
WYOST INYECCIÓN 120 MG/1.7 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ZOLEDRONIC ACID INYECCIÓN 4 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS
<i>zoledronic acid inyección 4 mg/5 ml, 5 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	ACS

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CÁPSULA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>deferasirox paquete 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
<i>deferasirox tabs. solubles 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA; ACS
<i>deferasirox tableta 180 mg, 360 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
<i>kionex suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
LOKELMA PAQUETE 10 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (34 EA por 30 días) MO
LOKELMA PAQUETE 5 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (96 EA por 30 días) MO
<i>penicillamine tableta 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
<i>sodium polystyrene sulfonate polvo</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate suspensión 15 g/60 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>sps suspensión para múltiples vías de administración 15 g/60 ml, 15 g/60 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>trientine hydrochloride cápsula 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>altavera tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>alyacen 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alyacen 7/7/7 tableta 0.5 mg; 075 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>amethyst tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>apri tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aranelle tableta 0.5 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ashlyna tableta 0.15 mg; 0.01 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aubra eq tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>aurovela fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>aviane tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ayuna tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>azurette tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>balziva tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>blisovi 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>blisovi fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>briellyn tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>camila tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
CAMRESE LO TABLETA 0.1 MG; 0.02 MG; 0.01 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
CAMRESE TABLETA 0.15 MG; 0.03 MG; 0.01 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>charlotte 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>chateal eq tableta 30 µg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>cryselle-28 tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>cryselle tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cyred eq tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>dasetta 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>dasetta 7/7/7 tableta 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>daysee tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>deblitane tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>delyla tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 INYECCIÓN 104 MG/0.65 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>dolishale tableta 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tableta 3 mg; 0.02 mg; 0.451 mg, 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol tableta 3 mg; 0.02 mg, 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>elinet</i> tableta 30 µg; 0.3 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>eluryng</i> anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>emzahh</i> tableta 0.35 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>enilloring</i> anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>enskyce</i> tableta 0.15 mg; 0.03 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>errin</i> tableta 0.35 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>estarylla</i> tableta 35 µg; 0.25 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i> tableta 35 µg; 1 mg, 50 µg; 1 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> anillo 0.015 mg/24 h; 0.12 mg/24 h	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>falmina</i> tableta 20 µg; 0.1 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>feirza</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>feirza</i> 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>finzala</i> tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>galbriela</i> tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>hailey</i> 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hailey</i> 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>hailey</i> fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg	\$0 para el Nivel 2	
<i>hailey</i> fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg	\$0 para el Nivel 2	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloette anillo 0.015 mg/24 horas; 0.12 mg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>heather tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>iclevia tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>incassia tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>introvale tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>isibloom tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>jaimiess tableta 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>jasmiel tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>jencycla tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>JOLESSA TABLETA 0.03 MG; 0.15 MG</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>juleber tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>junel 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>junel 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>junel fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>junel fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>junel fe 24 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>kaitlib fe tableta masticable 25 µg; 75 mg; 0.8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>kalliga tableta 0.15 mg; 30 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kariva tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>kelnor 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>kurvelo tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>larin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>larin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>larin 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>larin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>larin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lessina tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>levonest tableta 0.05 mg; 0.075 mg; 0.125 mg; 0.03 mg; 0.04 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg; 20 µg; 90 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol tableta 0.03 mg; 0.15 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.15 mg; 0.02 mg; 0.15 mg; 0.02 mg, 0.15 mg; 0.03 mg; 0.01 mg, 0.05 mg; 0.03 mg; 0.075 mg; 0.04 mg, 0.125 mg; 0.03 mg, 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>levora 0.15/30-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO 20.1 MG/DÍA	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	ACS LD
<i>lo-zumandimine tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>loestrin 1.5/30-21 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loestrin 1/20-21 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>loestrin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>loestrin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lojaimiess tableta 0.1 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>loryna tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>low-ogestrel tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>luizza 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>luizza 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>luteru tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lyleq tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lyza tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>marlissa tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inyección 150 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>meleya tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>mibelas 24 fe tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>microgestin 1.5/30 tableta 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>microgestin 1/20 tableta 20 µg; 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>microgestin fe 1.5/30 tableta 30 µg; 75 mg; 1.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>microgestin fe 1/20 tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>mili tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>mono-lynyah tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>necon 0.5/35-28 tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
NEXPLANON INYECCIÓN 68 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	ACS LD
<i>nikki tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
NORA-BE TABLETA 0.35 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta 1 mg; 20 µg; 75 mg, 1 mg, 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 20 µg; 1 mg, 30 µg; 1.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tableta masticable 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norethindrone tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norgestimate/ethinyl estradiol tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg, 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>norlyroc tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>nortrel 0.5/35 (28) tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 28 días</i>	\$0 para el Nivel 2	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortrel 1/35 tratamiento de 21 días</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>nortrel 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>nylia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>nylia 7/7/7 tableta 35 µg; 0.5 mg; 0.75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>orquidea tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>orsythia tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>philith tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>pimtreea tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>portia-28 tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>reclipsen tableta 0.15 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>rosyrah tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.025 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>setlakin tableta 0.03 mg; 0.15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>sharobel tableta 0.35 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>simliya tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>simpesse tableta 0.1 mg; 0.03 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sprintec 28 tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sronyx tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>syeda tableta 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tarina 24 fe tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tarina fe 1/20 eq tableta 20 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tilia fe tableta 0.02 mg; 0.03 mg; 0.35 mg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>tri-estarylla tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tri-legest fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tri-linyah tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-lo-estarylla tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-lo-marzia tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-lo-mili tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>tri-lo-sprintec tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-mili tableta 0.180 mg; 0.215 mg; 0.250 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-sprintec tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-vylibra lo tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>tri-vylibra tableta 0.18 mg; 0.215 mg; 0.25 mg; 0.035 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>turqoz tableta 30 µg; 0.3 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
TYBLUME TABLETA MASTICABLE 20 MG; 0.1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>tydemy tableta 3 mg; 0.03 mg; 0.451 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>valtya 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valtya 1/50 tableta 50 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>velivet tableta 0.1 mg; 0.125 mg; 0.15 mg; 0.025 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>vestura tableta 3 mg; 0.02 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>vienva tableta 20 µg; 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>viorele tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>volnea tableta 0.15 mg; 0.02 mg; 0.01 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>vyfemla tableta 35 µg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>vylibra tableta 35 µg; 0.25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>wera tableta 35 µg; 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>wymzya fe tableta masticable 35 µg; 0.4 mg; 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>xarah fe tableta 20 µg; 30 µg; 35 µg; 75 mg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>xelria fe tableta masticable 35 µg; 75 mg; 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>xulane parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>zafemy parche semanal 35 µg/24 h; 150 µg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>zovia 1/35 tableta 35 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>zumandimine tableta 3 mg; 0.03 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
ESTRÓGENOS		
<i>abigale lo tableta 0.5 mg; 0.1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>abigale tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>conjugated estrogens tableta 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dotti patch dos veces por semana 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (8 EA por 28 días)
DUAVEE TABLETA 20 MG; 0.45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol valerate inyección 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol/norethindrone acetate tableta 0.5 mg; 0.1 mg, 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol crema 0.1 mg/g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>estradiol parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>estradiol parche semanal 0.025 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.06 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h, 37.5 µg/24 h</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>estradiol tableta oral 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>estradiol tableta vaginal 10 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ESTRING ANILLO 7.5 MG/24 H	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (1 EA por 90 días) MO
<i>fyavolv tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>jinteli tableta 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lyllana parche dos veces por semana 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (8 EA por 28 días)
<i>mimvey tableta 1 mg; 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tableta 2.5 µg; 0.5 mg, 5 µg; 1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREMARIN CREMA 0.625 MG/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PREMARIN INYECCIÓN 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PREMARIN TABLETA 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PREMPRO TABLETA 0.3 MG; 1.5 MG, 0.45 MG; 1.5 MG, 0.625 MG; 2.5 MG, 0.625 MG; 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>yuvafem tableta 10 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE INTENSOL CONCENTRADO 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate inyección 100 mg/10 ml, 10 mg/ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone elixir 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone solución 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fludrocortisone acetate tableta 0.1 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hydrocortisone sodium succinate inyección 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>hydrocortisone tableta 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methylprednisolone acetate inyección 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>methylprednisolone paq. de dosis tableta paq. de tratamiento 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 1000 mg, 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inyección 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylprednisolone tableta 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 10 mg/5 ml, 15 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate solución oral 25 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>prednisolone solución 15 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
PREDNISONE INTENSOL CONCENTRADO 5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>prednisone solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>prednisone tableta paq. de tratamiento 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>prednisone tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 20 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	B/D MO
SOLU-CORTEF INYECCIÓN 1000 MG, 100 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>triamcinolone acetonide inyección 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide suspensión 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
GVOKE HYPOPEN PAQUETE DE 1 INYECCIÓN 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
GVOKE HYPOPEN PAQUETE DE 2 INYECCIÓN 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
GVOKE KIT INYECCIÓN 1 MG/0.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
GVOKE PFS INYECCIÓN 1 MG/0.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ZEGALOGUE INYECCIÓN 0.6 MG/0.6 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betaine anhydrous polvo 1 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS
<i>cabergoline tableta 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>carglumic acid tableta soluble 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
CERDELGA CÁPSULA 84 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tableta 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días); ACS
CYSTAGON CÁPSULA 150 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS LD
<i>desmopressin acetate inyección 4 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>desmopressin acetate solución nasal 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>desmopressin acetate tableta 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>fomepizole inyección 1.5 g/1.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
GENOTROPIN MINISQUICK INYECCIÓN 0.2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA; ACS
GENOTROPIN MINISQUICK INYECCIÓN 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
GENOTROPIN INYECCIÓN 12 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
INCRELEX INYECCIÓN 40 MG/4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>javygtor paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
<i>javygtor tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levocarnitine inyección 200 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>levocarnitine solución oral 1 g/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>levocarnitine tableta 330 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
LUPRON DEPOT-PED (1 MES) INYECCIÓN 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES) INYECCIÓN 11.25 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (6 MESES) INYECCIÓN 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>methergine tableta 0.2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>methylergonovine maleate tableta 0.2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>mifepristone tableta 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>nitisinona cápsula 10 mg, 20 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 100 µg/ml, 200 µg/ml, 50 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; ACS
<i>octreotide acetate inyección 1000 µg/ml, 500 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>raloxifene hydrochloride tableta 60 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
REVCovi INYECCIÓN 2.4 MG/1.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
REZDIFFRA TABLETA 100 MG; 60 MG; 80 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>sapropterin dihydrochloride paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>sapropterin dihydrochloride tableta 100 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
SIGNIFOR INYECCIÓN 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium phenylbutyrate polvo 3 g/cdta.</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>sodium phenylbutyrate tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
SOMATULINE DEPOT INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
SOMAVERT INYECCIÓN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
SYNAREL SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>tolvaptan tablet therapy pack 15 mg; 15 mg, 30 mg; 15 mg, 45 mg; 15 mg, 60 mg; 30 mg, 90 mg; 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>jynarque tableta 15 mg, 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS LD
VEOZAH TABLETA 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>zelvysia paquete 100 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
PROGESTINAS		
<i>gallifrey tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>medroxyprogesterone acetate tableta 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>megestrol acetate suspensión 40 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>megestrol acetate suspensión 625 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>norethindrone acetate tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>progesterone cápsula 100 mg, 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>progesterone inyección 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES TIROIDEOS		
<i>levo-t tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/ML, 500 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 200 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
LEVOTHYROXINE SODIUM INYECCIÓN 100 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>levothyroxine sodium tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levoxyl tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>liomny tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>liothyronine sodium inyección 10 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	
<i>liothyronine sodium tableta 25 µg, 50 µg, 5 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methimazole tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>propylthiouracil tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
SYNTHROID TABLETA 100 MG, 112 MG, 125 MG, 137 MG, 150 MG, 175 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG, 88 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>unithroid tableta 100 µg, 112 µg, 125 µg, 137 µg, 150 µg, 175 µg, 200 µg, 25 µg, 300 µg, 50 µg, 75 µg, 88 µg</i>	\$0 para el Nivel 1	
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol cápsula 0.25 µg, 0.5 µg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcitriol inyección 1 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>calcitriol oral solución 1 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>doxercalciferol inyección 4 µg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>paricalcitol cápsula 1 µg, 2 µg, 4 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>paricalcitol inyección 2 µg/ml, 5 µg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant cápsula paq. de tratamiento</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 40 mg, 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>aprepitant cápsula 125 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
<i>compro supositorio 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
DIMENHYDRINATE INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>dronabinol cápsula 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
EMEND SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 125 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>granisetron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl tableta 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>meclizine hydrochloride tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>meclizine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>metoclopramide hcl solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoclopramide hydrochloride inyección 5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ondansetron hcl solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (900 ML por 30 días) B/D MO
<i>ondansetron hcl tableta 24 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D
<i>ondansetron hydrochloride inyección 40 mg/20 ml, 4 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ondansetron hydrochloride tableta 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>ondansetron tabs. bucodispersables que se desintegran 4 mg, 8 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inyección 10 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>prochlorperazine maleate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO; HRM
<i>prochlorperazine supositorio 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>promethazine hcl inyección 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethazine hcl supositorio 12.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride solución simple 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride solución 6.25 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>promethazine hydrochloride supositorio 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride tableta 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>promethegan supositorio 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>scopolamine parche 72 horas 1 mg/3 días</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimethobenzamide hydrochloride cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl solución 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride cápsula 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride inyección 10 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO; HRM
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 0.4 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>glycopyrrolate inyección 0.2 mg/ml, 1 mg/5 ml, 4 mg/20 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>glycopyrrolate solución oral 1 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>glycopyrrolate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>methscopolamine bromide tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine tableta 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>famotidine premixed inyección 0.4 mg/ml; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>famotidine inyección 200 mg/20 ml, 20 mg/2 ml, 40 mg/4 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>famotidine suspensión reconstituida 40 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>famotidine tableta 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>nizatidine cápsula 150 mg, 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium cápsula 750 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>budesonide er tableta de liberación prolongada 24 horas 9 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>budesonide cápsula con partículas de liberación retardada 3 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>mesalamine dr cápsula de liberación retardada 400 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine dr tableta de liberación retardada 1.2 g, 800 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine enema 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine kit 4 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine supositorio 1000 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfasalazine tableta de liberación retardada 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfasalazine tableta 500 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
LAXANTES		
<i>CLENPIQ SOLUCIÓN 12 G/175 ML; 3.5 G/175 ML, 10 MG/175 ML</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>constulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>enuose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>gavilyte-c solución reconstituida 240 g; 2.98 g; 6.72 g; 5.84 g; 22.72 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>gavilyte-g solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>gavilyte-n/paquete saborizado solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 para el Nivel 2	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>generlac solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>kristalose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>lactulose paquete 10 g, 20 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>lactulose solución 10 g/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>peg-3350/electrolytes solución reconstituida 236 g; 2.97 g; 6.74 g; 5.86 g; 22.74 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl solución reconstituida 420 g; 1.48 g; 5.72 g; 11.2 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
PLENVU SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 7.54 G; 140 G; 2.2 G; 48.11 G; 5.2 G; 9 G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/MAGNESIUM SULFATE SOLUCIÓN 1.6 G/177 ML; 3.13 G/177 ML; 17.5 G/177 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL SOLUCIÓN 1.6 G/177 ML; 3.13 G/177 ML; 17.5 G/177 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SUTAB TABLETA 225 MG; 188 MG; 1479 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
VARIOS		
<i>alose tron hydrochloride tableta 0.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>alose tron hydrochloride tableta 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
CREON CÁPSULA CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA 120000 UNIDADES; 24000 UNIDADES; 76000 UNIDADES, 15000 UNIDADES; 3000 UNIDADES; 9500 UNIDADES, 180000 UNIDADES; 36000 UNIDADES; 114000 UNIDADES, 30000 UNIDADES; 6000 UNIDADES; 19000 UNIDADES, 60000 UNIDADES; 12000 UNIDADES; 38000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cromolyn sodium concentrado 100 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tableta 0.025 mg; 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO; HRM
<i>diphenoxylate/atropine líquido 0.025 mg/5 ml; 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
GATTEX INYECCIÓN 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
LINZESS CÁPSULA 145 MG, 290 MG, 72 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hydrochloride cápsula 2 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>lubiprostone cápsula 24 µg, 8 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>misoprostol tableta 100 µg, 200 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
MOVANTIK TABLETA 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABLETA 12.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sucralfate suspensión 1 g/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sucralfate tableta 1 g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ursodiol cápsula 300 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>ursodiol tableta 250 mg, 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
VOQUEZNA DUAL PAQ. DE TRATAMIENTO 500 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (224 EA por 365 días) PA MO
VOQUEZNA TRIPLE PAQUETE DE TRATAMIENTO 500 MG; 500 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (224 EA por 365 días) PA MO
VOWST CÁPSULA	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
XERMELO TABLETA 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; LD

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XIFAXAN TABLETA 550 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
ZENPEP CÁPSULA PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole cápsula de liberación retardada 30 mg, 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 30 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (42 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr cápsula de liberación retardada 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole cápsula de liberación retardada 20 mg, 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inyección 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tableta de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
GENITOURINARIOS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride cápsula 0.5 mg; 0.4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride cápsula 0.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>finasteride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>silodosin cápsula 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tadalafil (genérico de Cialis) tableta 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>tamsulosin hydrochloride cápsula 0.4 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetic acid 0.25 % solución 0.25 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bethanechol chloride tableta 10 mg, 25 mg, 50 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación prolongada 540 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>potassium citrate er tableta de liberación prolongada 1080 mg, 15 meq</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
<i>fesoterodine fumarate er tableta de liberación prolongada 24 horas 4 mg, 8 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
GEMTESA TABLETA 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA ER 8 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (300 ML por 28 días) MO
MYRBETRIQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 25 MG, 50 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride er tableta de liberación prolongada 24 horas 10 mg, 15 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>solifenacin succinate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 2 mg, 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tolterodine tartrate tableta 1 mg, 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>trospium chloride er cápsula de liberación prolongada 24 horas 60 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO; HRM
<i>trospium chloride tableta 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate crema 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole gel vaginal 0.75 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>miconazole 3 supositorio 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>terconazole crema 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>terconazole supositorio 80 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate cápsula 110 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dabigatran etexilate cápsula 150 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS PAQ. INICIAL DE TRATAMIENTO 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 0.15 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (56 EA por 21 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 0.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (588 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 1.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (591 EA por 29 días)
ELIQUIS TABLETA SOLUBLE 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (592 EA por 30 días)
ELIQUIS TABLETA 2.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLETA 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (74 EA por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin sodium inyección 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 300 mg/3 ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fondaparinux sodium inyección 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
FRAGMIN INYECCIÓN 2500 UNIDADES/0.2 ML, 95000 UNIDADES/3.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
FRAGMIN INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ ML, 12500 UNIDADES/0.5 ML, 15000 UNIDADES/0.6 ML, 18000 UNIDADES/0.72 ML, 5000 UNIDADES/0.2 ML, 7500 UNIDADES/0.3 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
HEPARIN SODIUM/D5W INYECCIÓN 5 %; 100 UNIDADES/ML, 5 %; 25000 UNIDADES/500 ML, 5 %; 40 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 25000 UNIDADES/250 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 % INYECCIÓN 12500 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 25000 UNIDADES/250 ML; 0.45 %, 25000 UNIDADES/500 ML; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
HEPARIN SODIUM INYECCIÓN 5000 UNIDADES/0.5 ML, 5000 UNIDADES/ ML PF	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
<i>heparin sodium inyección 10000 unidades/ ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/0.5 ml pf, 5000 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>jantoven tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>rivaroxaban suspensión reconstituida 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (620 ML por 30 días) MO
<i>rivaroxaban tableta 2.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>warfarin sodium tableta 10 mg, 1 mg, 2.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
XARELTO PAQ. INICIAL TABLETA PAQ. DE TRATAMIENTO 15 MG; 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (51 EA por 30 días) MO
XARELTO SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABLETA 2.5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
PROCRIT INYECCIÓN 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	PA; ACS
PROCRIT INYECCIÓN 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
ZARXIO INYECCIÓN 300 MG/0.5 ML, 480 MG/0.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
VARIOS		
ALVAIZ TABLETA 54 MG, 9 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
ALVAIZ TABLETA 18 MG, 36 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>anagrelide hydrochloride cápsula 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
BERINERT INYECCIÓN 500 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (24 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>cilostazol tableta 100 mg, 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DOPTLET CÁPSULA CON GRÁNULOS DISPERSABLES 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DOPTLET TABLETA 20 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
DROXIA CÁPSULA 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
HAEGARDA INYECCIÓN 3000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (20 EA por 30 días) PA; ACS LD
HAEGARDA INYECCIÓN 2000 UNIDADES	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>icatibant acetate inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (27 ML por 30 días) PA; ACS
<i>l-glutamine paq. 5 g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS
<i>pentoxifylline er tableta de liberación prolongada 400 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sajazir inyección 30 mg/3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (27 ML por 30 días) PA; LD
SIKLOS TABLETA 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
SIKLOS TABLETA 1000 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA MO
TAVNEOS CÁPSULA 10 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA; LD
<i>tranexamic acid/sodium chloride inyección 0.7 %; 1000 mg/100 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>tranexamic acid inyección 1000 mg/10 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>tranexamic acid tableta 650 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole er cápsula de liberación prolongada 12 horas 25 mg; 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 75 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tableta 300 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (2 EA por 365 días) MO
<i>dipyridamole tableta 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prasugrel hydrochloride tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ticagrelor tableta 60 mg, 90 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

AGENTES INMUNOLÓGICOS**AGENTES AUTOINMUNITARIOS**

ADALIMUMAB-BWWD INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
BIMZELX INYECCIÓN 160 MG/ML, 320 MG/2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 200 MG/1.14 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4.56 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INYECCIÓN 300 MG/2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
EBGLYSS INYECCIÓN 250 MG/2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (40 ML por 365 días) PA; ACS LD
ENBREL MINI INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL SURECLICK INYECCIÓN 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML, 50 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
HADLIMA PUSHTOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA PUSHTOUCH INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (22.4 ML por 365 días) PA; ACS
HADLIMA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (44.8 ML por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 10 MG/0.1 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (26 EA por 365 días) PA; ACS
HUMIRA INYECCIÓN 20 MG/0.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (52 EA por 365 días) PA; ACS
KINERET INYECCIÓN 100 MG/0.67 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (18.76 ML por 28 días) PA; LD



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PYZCHIVA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
PYZCHIVA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
RINVOQ LQ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (360 ML por 30 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 45 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (168 EA por 365 días) PA; ACS
RINVOQ TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 15 MG, 30 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
SKYRIZI PEN INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 180 MG/1.2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1.2 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 600 MG/10 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (120 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 55 MG/0.37 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2.22 ML por 365 días) PA
SKYRIZI INYECCIÓN 360 MG/2.4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (2.4 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INYECCIÓN 150 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SOTYKTU TABLETA 6 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
STELARA INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
<i>tofacitinib citrate er tableta de liberación prolongada 24 horas 11 mg, 22 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>tofacitinib citrate solución 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (480 ML por 24 días) PA

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tofacitinib citrate tableta 10 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA
TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS ULCEROSA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA PEN INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 100 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/20 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (20 ML por 28 días) PA; ACS
TREMFYA INYECCIÓN 200 MG/2 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (4 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 162 MG/0.9 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (3.6 ML por 28 días) PA; ACS
TYENNE INYECCIÓN 200 MG/10 ML, 400 MG/20 ML, 80 MG/4 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (40 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS
USTEKINUMAB INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
VELSIPITY TABLETA 2 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS LD
XELJANZ XR TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 11 MG, 22 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
XELJANZ SOLUCIÓN 1 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (480 ML por 24 días) PA; ACS
XELJANZ TABLETA 10 MG, 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 45 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 130 MG/26 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (208 ML por 365 días) PA; ACS
YESINTEK INYECCIÓN 90 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate tableta 200 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
JYLAMVO SOLUCIÓN 2 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>leflunomide tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate sodium tableta 2.5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
XATMEP SOLUCIÓN 2.5 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
INMUNOGLOBULINAS		
GAMASTAN INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D; ACS LD
GAMMAKED INYECCIÓN 10 G/100 ML, 1 G/10 ML, 20 G/200 ML, 5 G/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
GAMUNEX-C INYECCIÓN 10 G/100 ML, 1 G/10 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
OCTAGAM INYECCIÓN 10 G/100 ML, 10 G/200 ML, 2.5 G/50 ML, 20 G/200 ML, 2 G/20 ML, 30 G/300 ML, 5 G/100 ML, 5 G/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
PRIVIGEN INYECCIÓN 10 G/100 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE INYECCIÓN 100 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ARCALYST INYECCIÓN 220 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 0.5 MG, 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
ASTAGRAF XL CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 5 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AZATHIOPRINE INYECCIÓN 100 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>azathioprine tableta 50 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
BENLYSTA INYECCIÓN 200 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>cyclosporine modified cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>cyclosporine modified solución 100 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>cyclosporine cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>everolimus tableta 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
<i>engraf cápsula 100 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>mycophenolate mofetil cápsula 250 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil inyección 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil suspensión reconstituida 200 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil tableta 500 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D MO
<i>mycophenolic acid dr tableta de liberación retardada 180 mg, 360 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
NULOJIX INYECCIÓN 250 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D
PROGRAF PAQ. 0.2 MG, 1 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
REZUROCK TABLETA 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA; LD
<i>sirolimus solución 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sirolimus tableta 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>tacrolimus er cápsula de liberación prolongada 24 horas 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>tacrolimus cápsula 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
VACUNAS		
ABRYSVO INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (1 EA por 999 días) PA
ACTHIB INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
ADACEL INYECCIÓN 2 LF/0.5 ML; 15.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
AREXVY INYECCIÓN 120 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (1 EA por 999 días) PA
BCG VACUNA INYECCIÓN 50 MG	\$0 para el Nivel 1	
BEXSERO INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
BOOSTRIX INYECCIÓN 2.5 LF/0.5 ML; 18.5 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
DAPTACEL INYECCIÓN 15 LF/0.5 ML; 23 MG/0.5 ML; 5 LF/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
DENG VAXIA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
ENGRIX-B INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
GARDASIL 9 INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
HAVRIX INYECCIÓN 1440 UNIDADES/ML, 720 ELU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
HEPLISAV-B INYECCIÓN 20 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
HIBERIX INYECCIÓN 10 MG	\$0 para el Nivel 1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INYECCIÓN 2.5 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	B/D

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INFANRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
IPOL INACTIVADA IPV INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
IXIARO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
JYNNEOS INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
KINRIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
M-M-R II INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
MENQUADFI INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
MENVEO INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
MRESVIA INYECCIÓN 50 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (0.5 ML por 999 días) PA
PEDIARIX INYECCIÓN 25 LFU/0.5 ML; 10 MG/0.5 ML; 58 MG/0.5 ML; 10 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
PEDVAXHIB INYECCIÓN 7.5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
PENBRAYA INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
PENMENVY INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
PENTACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
PRIORIX INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
PROQUAD INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
QUADRACEL INYECCIÓN 15 LFU/0.5 ML; 48 MG/0.5 ML; 5 LFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
RABAVERT INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	B/D



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RECOMBIVAX HB INYECCIÓN 10 MG/ML, 40 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	B/D
ROTARIX SUSPENSIÓN	\$0 para el Nivel 1	
ROTATEQ SOLUCIÓN	\$0 para el Nivel 1	
SHINGRIX JERINGA PRECARGADA INYECTABLE 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (1 ML por 999 días)
INYECCIÓN EN VIAL SHINGRIX 50 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	QL (2 EA por 999 días)
TENIVAC INYECCIÓN 2 LFU; 5 LFU	\$0 para el Nivel 1	
TICOVAC INYECCIÓN 1.2 MG/0.25 ML, 2.4 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
TRUMENBA INYECCIÓN 0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
TWINRIX INYECCIÓN 720 ELU/ML; 20 MG/ML	\$0 para el Nivel 1	
TYPHIM VI INYECCIÓN 25 MG/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
VAQTA INYECCIÓN 25 UNIDADES/0.5 ML, 50 UNIDADES/ML	\$0 para el Nivel 1	
VARIVAX INYECCIÓN 1350 PFU/0.5 ML	\$0 para el Nivel 1	
VAXCHORA SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	\$0 para el Nivel 1	
VIMKUNYA INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
VIVOTIF CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	\$0 para el Nivel 1	MO
YF-VAX INYECCIÓN	\$0 para el Nivel 1	

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	-------------------------------	---

COMPLEMENTOS NUTRICIONALES**ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES**

DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE N.º 48 VIAFLEX INYECCIÓN 24 MEQ/L; 5 %; 23 MEQ/L; 3 MEQ/L; 3 MEQ/L; 20 MEQ/L; 25 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 10 %; 0.2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 10 %; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 2.5 %; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS INYECCIÓN 2.7 MEQ/L; 109 MEQ/L; 5 %; 28 MEQ/L; 4 MEQ/L; 130 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 0.2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 % inyección 5 %; 0.3 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 % INYECCIÓN 5 %; 0.33 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>dextrose/sodium chloride inyección 5 %; 0.225 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 % INYECCIÓN 23 MEQ/L; 23 MEQ/L; 5 %; 3 MEQ/L; 3 MEQ/L; 20 MEQ/L; 25 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INYECCIÓN 27 MEQ/1000 ML; 98 MEQ/1000 ML; 23 MEQ/1000 ML; 3 MEQ/1000 ML; 1 MEQ/1000 ML; 5 MEQ/1000 ML; 141 MEQ/1000 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
ISOLYTE-S INYECCIÓN 27 MEQ/L; 98 MEQ/L; 23 MEQ/L; 3 MEQ/L; 5 MEQ/L; 140 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 10 MEQ/L; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 20 MEQ/L; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 % INYECCIÓN 5 %; 40 MEQ/L; 0.45 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 % INYECCIÓN 5 %; 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>lactated ringers inyección 3 meq/l; 109 meq/l; 28 meq/l; 4 meq/l; 130 meq/l</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
MAGNESIUM SULFATE INYECCIÓN 20 G/500 ML, 40 G/1000 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>magnesium sulfate inyección 2 g/50 ml, 3 g/100 ml, 4 g/100 ml, 4 g/50 ml, 50 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1: 27 meq/l, 98 meq/l, 23 meq/l, 3 meq/l, 5 meq/l, 140 meq/l</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/ SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 5 %; 0.15 %; 0.225 %, 5 %; 10 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 20 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 20 MEQ/L; 0.9 %, 5 %; 30 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 40 MEQ/L; 0.45 %, 5 %; 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE INYECCIÓN 5 %; 10 MEQ/L, 5 %; 20 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride/sodium chloride inyección 20 meq/l; 0.45 %, 20 meq/l; 0.9 %, 40 meq/l; 0.9 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE INYECCIÓN 0.4 MEQ/ML, 10 MEQ/100 ML, 10 MEQ/50 ML, 20 MEQ/100 ML, 40 MEQ/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride inyección 2 meq/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RINGERS INYECCIÓN 4.5 MEQ/L; 156 MEQ/L; 4 MEQ/L; 147 MEQ/L	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	
SODIUM BICARBONATE INYECCIÓN 7.5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>sodium bicarbonate inyección 4.2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>sodium bicarbonate inyección 8.4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sodium chloride 0.45 % inyección 0.45 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
SODIUM CHLORIDE INYECCIÓN 2.5 MEQ/ML, 5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sodium chloride inyección 4 meq/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>sodium chloride inyección 0.9 %, 3 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
TPN ELECTROLYTES INYECCIÓN 29.5 MEQ/20 ML; 4.5 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML; 5 MEQ/20 ML; 20 MEQ/20 ML; 35 MEQ/20 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL		
<i>effer-k tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>klor-con 10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>klor-con 8 tableta de liberación prolongada 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>klor-con m10 tableta de liberación prolongada 10 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>klor-con m15 tableta de liberación prolongada 15 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>klor-con m20 tableta de liberación prolongada 20 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>klor-con/ef tableta efervescente 25 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>klor-con paquete 20 meq</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
M-NATAL PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 4000 UNIDADES; 3 MG; 1.84 MG; 22 UNIDADES; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>multi vitamin/fluoride tableta masticable 60 mg; 400 unidades; 4.5 µg; 0.3 mg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 1 mg; 1.05 mg; 15 unidades; 2500 unidades</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>multi-vitamin/fluoride suspensión gotas 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 0.25 mg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml, 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 2 µg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.5 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>multi-vitamin/fluoride/iron solución 35 mg/ml; 400 unidades/ml; 10 mg/ml; 8 mg/ml; 0.4 mg/ml; 1500 unidades/ml; 0.6 mg/ml; 0.25 mg/ml; 0.5 mg/ml; 5 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>multivitamin/fluoride tableta masticable 60 mg; 4.5 µg; 300 µg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 0.25 mg; 1.05 mg; 2500 unidades, 400 unidades; 15 unidades, 60 mg; 4.5 µg; 300 µg; 13.5 mg; 1.05 mg; 1.2 mg; 0.5 mg; 1.05 mg; 2500 unidades; 400 unidades; 15 unidades</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
NEONATAL PLUS TABLETA 20 MG; 0.2 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1000 MG; 5 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MG; 3 MG; 1.84 MG; 9.2 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NIVA-PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 4000 UNIDADES; 3 MG; 1.84 MG; 22 UNIDADES; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLETA 120 MG; 200 MG; 400 UNIDADES; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 4000 UNIDADES; 3 MG; 1.84 MG; 22 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>potassium chloride er cápsula de liberación prolongada 10 meq, 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>potassium chloride er tableta de liberación prolongada 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>potassium chloride paquete 20 meq</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>potassium chloride solución oral 10 %, 20 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PRENATAL PLUS VITAMIN AND MINERAL TABLETA 120 MG; 200 MG; 12 MG; 2 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 3 MG; 1.84 MG; 1200 MG; 10 MG; 9.9 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
TABLETA PRENATAL 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 1200 MG; 3 MG; 1.84 MG; 10 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>sodium fluoride solución 0.5 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride tableta masticable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tri-vite/fluoride solución 35 mg/ml; 0.25 mg/ml; 1500 unidades/ml; 400 unidades/ml, 35 mg/ml; 0.5 mg/ml; 1500 unidades/ml; 400 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
WESTAB PLUS TABLETA 120 MG; 200 MG; 10 MG; 2 MG; 12 MG; 27 MG; 1 MG; 20 MG; 10 MG; 3 MG; 1.84 MG; 9.9 MG; 1200 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
AMINOSYN II INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
AMINOSYN-PF INYECCIÓN 7 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSYN-PF INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 10 % INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 4.25 %/DEXTROSE 5 % INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 15 % INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 5 %/DEXTROSE 20 % INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 6/5 INYECCIÓN 1242 MG/100 ML; 690 MG/100 ML; 5 G/100 ML; 618 MG/100 ML; 288 MG/100 ML; 360 MG/100 ML; 438 MG/100 ML; 348 MG/100 ML; 240 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 408 MG/100 ML; 300 MG/100 ML; 252 MG/100 ML; 108 MG/100 ML; 24 MG/100 ML; 348 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 8/10 INYECCIÓN 1656 MG/100 ML; 920 MG/100 ML; 10 G/100 ML; 824 MG/100 ML; 384 MG/100 ML; 480 MG/100 ML; 584 MG/100 ML; 464 MG/100 ML; 320 MG/100 ML; 448 MG/100 ML; 544 MG/100 ML; 400 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 144 MG/100 ML; 32 MG/100 ML; 464 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 8/14 INYECCIÓN 1656 MG/100 ML; 920 MG/100 ML; 14 G/100 ML; 824 MG/100 ML; 384 MG/100 ML; 480 MG/100 ML; 584 MG/100 ML; 464 MG/100 ML; 320 MG/100 ML; 448 MG/100 ML; 544 MG/100 ML; 400 MG/100 ML; 336 MG/100 ML; 144 MG/100 ML; 32 MG/100 ML; 464 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>clinisol sf inyección 15 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINOLIPID INYECCIÓN 1.2 G/100 ML; 2.25 G/100 ML; 16 G/100 ML; 4 G/100 ML <i>dextrose 10 % inyección 10 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3) \$0 para el Nivel 2	B/D
DEXTROSE 30 % INYECCIÓN 30 % <i>dextrose 5 % inyección 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3) \$0 para el Nivel 2	B/D MO
DEXTROSE 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
DEXTROSE 70 % INYECCIÓN 70 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
DEXTROSE INYECCIÓN 20 %, 40 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
GLUCOSE (DEXTROSE) 50 % INYECCIÓN 50 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
GLUCOSE (DEXTROSE) 70 % INYECCIÓN 70 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	B/D
NUTRILIPID INYECCIÓN 20 G/100 ML <i>plenamine inyección</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3) \$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D B/D
PREMASOL INYECCIÓN 52 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 880 MG/100 ML; 34 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 372 MG/100 ML; 406 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 390 MG/100 ML; 34 MG/100 ML; 152 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	B/D
PROSOL INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRAVASOL INYECCIÓN 52 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 880 MG/100 ML; 34 MEQ/L; 1760 MG/100 ML; 372 MG/100 ML; 406 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 492 MG/100 ML; 526 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 500 MG/100 ML; 356 MG/100 ML; 390 MG/100 ML; 34 MG/100 ML; 152 MG/100 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
TROPHAMINE INYECCIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D
OFTÁLMICO		
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS		
<i>loteprednol etabonate/tobramycin suspensión 0.5 %; 0.3 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>neo-polycin hc pomada 400 unidades/g; 1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone pomada 400 unidades/g; 1 %; 0.5 %; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone pomada 0.1 %; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión oftálmica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate solución 0.23 %; 10 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN 0.05 %; 0.3 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
TOBRADEX POMADA 0.1 %; 0.3 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>tobramycin/dexamethasone suspensión 0.1 %; 0.3 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ZYLET SUSPENSIÓN 0.5 %; 0.3 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIINFECCIOSOS		
<i>bacitracin/polymyxin b pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>bacitracin pomada 500 unidades/g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE SUSPENSIÓN 0.6 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
BESIVANCE SUSPENSIÓN 0.6 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
CILOXAN POMADA 0.3 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin pomada 5 mg/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 1.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días)
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Vigamox) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (genérico de Moxeza) solución oftálmica 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (12 ML por 30 días) MO
NATACYN SUSPENSIÓN 5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>neo-polycin pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin pomada 400 unidades/g; 5 mg/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin solución 0.025 mg/ml; 1.75 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ofloxacin solución oftálmica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>polycin pomada 500 unidades/g; 10000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solución 10000 unidades/ml; 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfacetamide sodium pomada 10 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>sulfacetamide sodium solución 10 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin solución 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
XDEMYV SOLUCIÓN 0.25 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (10 ML por 42 días) PA; ACS LD
ZIRGAN GEL 0.15 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bromfenac sodium solución 0.07 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>bromfenac sodium solución 0.075 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>bromfenac solución 0.09 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>diclofenac sodium solución oftálmica 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate emulsión 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
FLAREX SUSPENSIÓN 0.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fluorometholone suspensión 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>flurbiprofen sodium solución 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ketorolac tromethamine solución 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LOTEMAX SM GEL 0.38 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
LOTEMAX POMADA 0.5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>loteprednol etabonate gel 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>loteprednol etabonate suspensión 0.2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>prednisolone acetate suspensión 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>cromolyn sodium solución 4 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>epinastine hcl solución 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
ZERVIAE SOLUCIÓN 0.24 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
ANTIGLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate solución 0.2 %; 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.2 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>brimonidine tartrate solución 0.15 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>brinzolamide suspensión 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>carteolol hcl solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMBIGAN SOLUCIÓN 0.2 %; 0.5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate solución 22.3 mg/ml; 6.8 mg/ml</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf solución 2 %; 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dorzolamide hydrochloride solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>latanoprost solución 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>levobunolol hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
LUMIGAN SOLUCIÓN 0.01 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
PHOSPHOLINE IODIDE SOLUCIÓN RECONSTITUIDA 0.125 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	ACS LD
<i>pilocarpine hcl solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>pilocarpine hydrochloride solución 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
RHOPRESSA SOLUCIÓN 0.02 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
ROCKLATAN SOLUCIÓN 0.005 %; 0.02 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SIMBRINZA SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>timolol maleate gel oftálmico formador de gel solución formadora 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>timolol maleate (genérico de Timoptic) soln. 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>timolol maleate once-daily ophthalmic (genérico de Istalol) soln 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>travoprost solución 0.004 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
VYZULTA SOLUCIÓN 0.024 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
<i>atropine sulfate solución 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
CYSTARAN SOLUCIÓN 0.44 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
EYSUVIS SUSPENSIÓN 0.25 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
MIEBO SOLUCIÓN 1.338 G/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>proparacaine hcl solución 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
RESTASIS MULTIDOSE EMULSIÓN 0.05 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (5.5 ML por 30 días) MO
RESTASIS EMULSIÓN 0.05 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
XIIDRA SOLUCIÓN 5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid solución 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
CIPRO HC SUSPENSIÓN 0.2 %; 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride/hydrocortisone suspensión 0.2 %; 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone suspensión 0.3 %; 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ciprofloxacin solución 0.2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	MO
<i>flac aceite 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluocinolone acetonide aceite 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>hydrocortisone/acetic acid solución 2 %; 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc solución 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone suspensión ótica 1 %; 3.5 mg/ml; 10000 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>ofloxacin solución ótica 0.3 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

RESPIRATORIOS**COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS**

ANORO ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/ PULVERIZACIÓN; 25 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE AEROSOL 4.8 MG/ PULVERIZACIÓN; 9 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (10.7 G por 30 días) MO
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160 MG/ PULVERIZACIÓN; 4.8 MG/ PULVERIZACIÓN; 18 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (10.7 G por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160 MG/ PULVERIZACIÓN; 4.8 MG/ PULVERIZACIÓN; 9 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 100 MG/ PULVERIZACIÓN; 20 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (8 G por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate solución 2.5 mg/3 ml; 0.5 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/ PULVERIZACIÓN; 62.5 MG/ PULVERIZACIÓN; 25 MG/ PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 62.5 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO

ANTICOLINÉRGICOS

ATROVENT HFA SOLUCIÓN EN AEROSOL 17 MG/ PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 62.5 MG/INH	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide solución para inhalación 0.02 %</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.03 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 28 días) MO
<i>ipratropium bromide solución nasal 0.06 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 ML por 30 días) MO
SPIRIVA RESPIMAT SOLUCIÓN EN AEROSOL 1.25 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (4 G por 30 días) MO
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hydrochloride solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 25 días) MO
CARBINOXAMINE MALEATE ER SUSPENSIÓN DE LIBERACIÓN PROLONGADA 4 MG/5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>carbinoxamine maleate solución 4 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>carbinoxamine maleate tableta 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tableta 2.68 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	PA MO
<i>cyproheptadine hcl jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>cyproheptadine hydrochloride tableta 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>desloratadine tabs. bucodispersables que se desintegran 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hydrochloride inyección 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO; HRM
<i>hydroxyzine hcl tableta 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride inyección 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride jarabe 10 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxyzine hydrochloride tableta 10 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine pamoate cápsula 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO; HRM
<i>levocetirizine dihydrochloride solución 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tableta 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olopatadine hcl solución 0.6 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30.5 G por 30 días) MO
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Proventil HFA) solución en aerosol 108 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (13.4 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de ProAir HFA) solución en aerosol 108 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (17 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de VentolinHFA) solución en aerosol 108 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (36 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate solución de nebulización 0.083 %, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>albuterol sulfate jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>albuterol sulfate tableta 2 mg, 4 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>levalbuterol hcl solución de nebulización 0.31 mg/3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
<i>levalbuterol hydrochloride solución de nebulización 0.63 mg/3 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA AEROSOL 45 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>levalbuterol solución de nebulización 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SEREVENT DISKUS AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 50 MG/ DOSIS	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate inyección 1 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>terbutaline sulfate tableta 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium paquete 4 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta masticable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium tableta 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 1	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>aminophylline inyección 25 mg/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>cromolyn sodium solución de nebulización 20 mg/2 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	B/D MO
<i>epinephrine inyección 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (2 EA por 30 días) MO
FASENRA PEN INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 10 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS LD
FASENRA INYECCIÓN 30 MG/ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS LD
KALYDECO PAQUETE 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
KALYDECO TABLETA 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
<i>nintedanib esylate cápsula 100 mg, 150 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFEV CÁPSULA 100 MG, 150 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS LD
ORKAMBI PAQUETE 125 MG; 100 MG, 188 MG; 150 MG, 94 MG; 75 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
ORKAMBI TABLETA 125 MG; 100 MG, 125 MG; 200 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS LD
<i>pirfenidone cápsula 267 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 267 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tableta 534 mg, 801 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
PROLASTIN-C INYECCIÓN 1000 MG/20 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; LD
PULMOZYME SOLUCIÓN 2.5 MG/2.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
<i>roflumilast tableta 250 µg, 500 µg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 100 mg, 200 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 12 horas 300 mg, 450 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>theophylline er tableta de liberación prolongada 24 horas 400 mg, 600 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>theophylline solución 80 mg/15 ml</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
TRIKAFTA TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 50 MG; 37.5 MG; 25 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA; ACS LD
TRIKAFTA PAQUETE DE TRATAMIENTO 100 MG; 75 MG; 50 MG, 80 MG; 60 MG; 40 MG	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS LD
XOLAIR INYECCIÓN 150 MG/ML, 150 MG, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	PA; ACS LD
ESTEROIDES NAsALES		
<i>flunisolide solución 0.025 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (75 ML por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (16 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (34 G por 30 días) MO
XHANCE SUSPENSIÓN PARA EXHALADOR 93 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (32 ML por 30 días) PA MO
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ALVESCO SOLUCIÓN EN AEROSOL 160 MG/PULVERIZACIÓN, 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (12.2 G por 30 días) MO
ARNUITY ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 200 MG/PULVERIZACIÓN; 50 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide suspensión 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	B/D MO
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES		
AIRSUPRA AEROSOL 90 MG/PULVERIZACIÓN; 80 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (32.1 G por 30 días) MO
BREO ELLIPTA AEROSOL POLVO ACTIVADO PARA EL ALIENTO 100 MG/PULVERIZACIÓN; 25 MG/PULVERIZACIÓN, 200 MG/INH; 25 MG/INH, 50 MG/INH; 25 MG/INH	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate aerosol 160 µg/pulverización; 4.5 µg/pulverización 80 µg/pulverización; 4.5 µg/pulverización</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (10.2 G por 30 días) MO
DULERA AEROSOL 5 MG/PULVERIZACIÓN; 100 MG/PULVERIZACIÓN, 5 MG/PULVERIZACIÓN; 200 MG/PULVERIZACIÓN, 5 MG/PULVERIZACIÓN; 50 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (13 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i> (genérico de Advair Diskus) aerosol polvo activado para el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/pulverización, 500 µg/pulverización, 50 µg/pulverización	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
FLUTICASONE PROPIONATE/ SALMETEROL HFA (ADVAIR HFA GENÉRICO) AEROSOL 115 MG/ PULVERIZACIÓN; 21 MG/PULVERIZACIÓN, 230 MG/PULVERIZACIÓN; 21 MG/ PULVERIZACIÓN, 45 MG/PULVERIZACIÓN; 21 MG/PULVERIZACIÓN	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (12 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol aerosol polvo activado para el aliento 500 µg/ pulverización; 50 µg/pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>wixela inhub aerosol polvo activado para el aliento 100 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización, 250 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización, 500 µg/pulverización; 50 µg/ pulverización</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 EA por 30 días) MO

TÓPICO**DERMATOLOGÍA, ACNÉ**

<i>accutane cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>amnestem cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>claravis cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>clindacin espuma 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días)
<i>clindamycin phosphate (una vez al día) gel frasco al 1 %.</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate (dos veces al día) gel tubo al 1 %.</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (75 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate espuma 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate loción 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate solución tópica 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>dapsone gel 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ery apósito 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5 %; 3 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin gel 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin solución 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>isotretinoin cápsula 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>sulfacetamide sodium loción 10 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>tretinoin crema 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>zenatane cápsula 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin crema 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin pomada 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>silver sulfadiazine crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
SSD CREMA 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SULFAMYLON CREMA 85 MG/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox nail lacquer solución 8 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (6.6 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox olamine crema 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox champú 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox suspensión 0.77 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crema 0.05 %; 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole solución 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>econazole nitrate crema 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (85 G por 30 días) MO
ERTACZO CREMA 2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crema 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole espuma 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole champú 2 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ketodan espuma 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días)
<i>klayesta polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días)
<i>nyamyc polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin crema 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nystatin pomada 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días)
<i>selenium sulfide loción 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin cápsula 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	PA MO
<i>calcipotriene crema 0.005 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene pomada 0.005 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene solución 0.005 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcitrene pomada 0.005 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
CALCITRIOL POMADA 3 MG/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (800 G por 28 días) PA MO
<i>methoxsalen cápsula 10 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	MO
<i>tazarotene crema 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>tazarotene gel 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (100 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>alclometasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>alclometasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone dipropionate augmented crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented loción 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate augmented pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate loción 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 G por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate loción 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone valerate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (120 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate e crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate gel 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate champú 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate solución 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (50 ML por 30 días) MO
<i>clodan champú 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días)
<i>desonide crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desonide pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone crema 0.25 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone pomada 0.25 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide aceite para el cuerpo 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide aceite para el cuero cabelludo 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.025 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide pomada 0.025 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide solución 0.01 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide emulsified base crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crema 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide solución 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate pomada 0.005 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate crema 0.05 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate pomada 0.05 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone valerate pomada 0.2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hydrocortisone crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone loción 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone pomada 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate pomada 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (45 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate solución 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (454 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide loción 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (15 G por 30 días) MO
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine/prilocaine crema 2.5 %; 2.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>lidocaine pomada 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine parche 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>lidocan parche 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>ammonium lactate loción 12 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>azelaic acid gel 15 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>bexarotene gel 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA; ACS
<i>diclofenac sodium solución tópica 1.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>doxepin hydrochloride crema 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>doxycycline cápsula de liberación retardada 40 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
EUCRISA POMADA 2 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
FLUOROURACIL CREMA 0.5 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil crema 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (40 G por 30 días) MO
<i>fluorouracil solución 2 %, 5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 3)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>hydrocortisone perianal crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días) MO
IMIQUIMOD PUMP CREMA 3.75 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (15 G por 28 días) MO
<i>imiquimod crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (24 EA por 30 días) MO
<i>imiquimod crema 3.75 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (28 EA por 28 días) MO
<i>metronidazole crema 0.75 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole gel 0.75 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>metronidazole gel 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole loción 0.75 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nitroglycerin rectal pomada 0.4 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
NORITATE CREMA 1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) MO
PANRETIN GEL 0.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA
<i>pimecrolimus crema 1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>podofilox solución 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>procto-med hc crema 2.5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	QL (30 G por 30 días)
<i>proctocort crema 1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>proctosol hc crema 2.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días)
<i>proctozone-hc crema 2.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días)
<i>tacrolimus pomada 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
VALCHLOR GEL 0.016 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA; LD
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion loción 0.5 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>permethrin crema 5 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
SANTYL POMADA 250 UNIDADES/G	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	QL (180 G por 30 días) MO

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium chloride 0.9 % solución 0.9 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hydrochloride cápsula 30 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>chlorhexidine gluconate solución 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	MO
<i>clinpro 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>clotrimazole past. para chup. 10 mg</i>	\$0 para el Nivel 2	MO
DETA 5000 PLUS SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>dentagel gel 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>fluoridex daily defense pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluorimax 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>fraiche 5000 gel dental 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>just right 5000 pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>kourzeq pasta 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>lidocaine hydrochloride viscous solución 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>lidocaine viscous solución 2 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>nystatin suspensión 100000 unidades/ml</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oralone pasta dental 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	
<i>periogard solución 0.12 %</i>	\$0 para el Nivel 1	
<i>pilocarpine hydrochloride tableta 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sf gel 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal gel 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm pasta 1.1 %</i>	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	MO
SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/ SENSITIVE GEL 5 %; 1.1 %	\$0 - \$12.65 (Nivel 4)	
<i>triamcinolone acetonide pasta dental 0.1 %</i>	\$0 para el Nivel 2	MO

NO CUBIERTO POR LA PARTE D DE MEDICARE**No cubierto por la Parte D de Medicare**

<i>12 h allergy relief tableta 60 mg</i>	\$0	*
<i>24 h allergy relief tableta 180 mg</i>	\$0	*
<i>crema vaginal de 3 días al 2 %</i>	\$0	*
<i>7 day vaginal cream 2 %</i>	\$0	*
<i>8 hr arthritis pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>8hr muscle aches & pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen childrens líquido 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen childrens solución 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen childrens suspensión 160 mg/5 ml, 650 mg/20.3 ml</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophenacetaminophen er 8 horas arthritis pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophenacetaminophen er 8 horas arthritis pain tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen er tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen extra strength líquido 1000 mg/30 ml, 500 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen extra strength tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen infants suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen solución 160 mg/5 ml, 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen supositorio 120 mg, 650 mg</i>	\$0	*
<i>acetaminophen suspensión 160 mg/5 ml, 325 mg/10.15 ml, 80 mg/2.5 ml</i>	\$0	*
<i>acetaminophen tableta 325 mg, 500 mg</i>	\$0	*
<i>acid gone suspensión 95 mg/15 ml; 358 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>acid reducer complete tableta masticable 800 mg; 10 mg; 165 mg</i>	\$0	*
<i>acid reducer maximum strength tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>acid reducer tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>acne medication 10 gel 10 %</i>	\$0	*
<i>acne medication 10 loción 10 %</i>	\$0	*
<i>acne medication 5 gel 5 %</i>	\$0	*
<i>acne medication gel 10 %, 2.5 %, 5 %</i>	\$0	*
<i>adapalene gel 0.1 %</i>	\$0	*
<i>adapalene pump gel 0.3 %</i>	\$0	*
<i>aftera tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>ala-hist ir tableta 2 mg</i>	\$0	*
<i>alaway childrens allergy eye itch relief solución 0.035 %</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alaway solución 0.035 %</i>	\$0	*
<i>all day allergy childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>all day allergy tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>all day pain relief tableta 220 mg</i>	\$0	*
<i>all day relief tableta 220 mg</i>	\$0	*
<i>aller-chlor tableta 4 mg</i>	\$0	*
<i>allergy cápsula 25 mg</i>	\$0	*
<i>allergy childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>allergy childrens suspensión 30 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>allergy relief 24 h tableta 180 mg</i>	\$0	*
<i>allergy relief cápsula 25 mg</i>	\$0	*
<i>allergy relief childrens líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>allergy relief childrens solución 1 mg/ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>allergy relief suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0	*
<i>allergy relief tableta 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0	*
<i>allergy tableta 4 mg</i>	\$0	*
<i>allergy-time tableta 4 mg</i>	\$0	*
<i>almacone double strength suspensión 400 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>aluminum hydroxide suspensión 320 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>aluminum/magnesium/simethicone suspensión 1200 mg/30 ml; 1200 mg/30 ml; 120 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>ammonium lactate crema 12 %</i>	\$0	*
<i>antacid & antigas suspensión 2400 mg/30 ml; 2400 mg/30 ml; 240 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>antacid calcium regular strength tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>antacid maximum strength suspensión 400 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 40 mg/5 ml, 800 mg/10 ml; 800 mg/10 ml; 80 mg/10 ml</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>antacid regular strength suspensión</i> 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml	\$0	*
<i>antacid suspensión 400 mg/10 ml;</i> 400 mg/10 ml; 40 mg/10 ml	\$0	*
<i>antacid tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>antacid ultra strength tableta masticable</i> 1000 mg	\$0	*
<i>antacid/antigas suspensión líquida</i> 400 mg/10 ml; 400 mg/10 ml; 40 mg/10 ml	\$0	*
<i>anti-diarrheal solución 1 mg/7.5 ml</i>	\$0	*
<i>anti-diarrheal tableta 2 mg</i>	\$0	*
<i>antifungal crema 1 %, 2 %</i>	\$0	*
<i>anti-itch maximum strength crema 1 %</i>	\$0	*
<i>arthritis pain relief tableta de liberación</i> prolongada 650 mg	\$0	*
<i>artificial tears solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>aspirin adult low dose tableta de liberación</i> retardada 81 mg	\$0	*
<i>aspirin clear tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin ec tableta de liberación retardada</i> 325 mg	\$0	*
<i>aspirin low dose tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin low dose tableta de liberación</i> retardada 81 mg	\$0	*
<i>aspirin regimen tableta de liberación</i> retardada 81 mg	\$0	*
<i>aspirin regular strength tableta de liberación</i> retardada 325 mg	\$0	*
<i>aspirin supositorio 300 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>aspirin tableta de liberación retardada</i> 325 mg	\$0	*
<i>athletes foot crema 1 %</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bacmin tableta 500 mg; 150 µg; 25 mg; 0.1 mg; 3 mg; 50 µg; 27 mg; 1 mg; 50 mg; 50 mg; 5 mg; 100 mg; 25 mg; 5000 unidades; 20 mg; 50 µg; 20 mg; 30 unidades; 22.5 mg</i>	\$0	*
<i>banophen cápsula 25 mg, 50 mg</i>	\$0	*
<i>banophen tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide gel 10 %, 2.5 %, 5 %</i>	\$0	*
<i>benzoyl peroxide wash líquido 5 %</i>	\$0	*
<i>benzphetamine hcl tableta 50 mg</i>	\$0	PA; *
<i>betadine solución 10 %</i>	\$0	*
<i>bisacodyl ec tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0	*
<i>bisacodyl supositorio 10 mg</i>	\$0	*
<i>bismuth subsalicylate tableta masticable 262 mg</i>	\$0	*
<i>bp vit 3 cápsula 500 µg; 350 mg; 35 mg; 1 mg; 500 mg; 200 mg; 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>bprotected pedia iron solución 15 mg/ml</i>	\$0	*
<i>budesonide aerosol nasal suspensión 32 µg/ pulverización</i>	\$0	*
<i>calcium + vitamin d3 tableta 500 mg; 5 µg</i>	\$0	*
<i>calcium antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>calcium antacid tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>calcium carbonate suspensión 1250 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cal-gest antacid tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>carboxymethylcellulose sodium solución oftálmica gotas oftálmicas solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>cetirizine hcl allergy childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cetirizine hcl childrens allergy solución 1 mg/ml</i>	\$0	*
<i>cetirizine hcl childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cetirizine hcl tableta 5 mg</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cetirizine hcl tableta masticable 5 mg</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride childrens allergy solución 1 mg/ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride childrens hives relief solución 1 mg/ml</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride solución 1 mg/ml</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>cetirizine hydrochloride tableta masticable 10 mg</i>	\$0	*
<i>childrens acetaminophen suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>childrens ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>childrens loratadine solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>chromic chloride inyección 40 µg/10 ml</i>	\$0	*
<i>chromium chloride inyección 40 µg/10 ml</i>	\$0	*
<i>clotrimazole antifungal crema 1 %</i>	\$0	*
<i>clotrimazole topical crema 1 %, 1 %</i>	\$0	*
<i>colace cápsula 100 mg</i>	\$0	*
<i>copper inyección 0.4 mg/ml</i>	\$0	*
<i>corvita tableta 375 mg; 750 unidades; 75 µg; 315 unidades; 150 µg; 1 mg; 70 µg; 125 µg; 1.25 mg; 13 mg; 10 mg; 7 mg; 2.5 mg; 35 mg; 35 mg; 5 mg; 35 mg; 3.4 mg; 25 mg; 125 unidades; 35 mg</i>	\$0	*
<i>corvite tableta 375 mg; 750 unidades; 75 µg; 315 unidades; 150 µg; 1 mg; 70 µg; 125 µg; 1.25 mg; 13 mg; 10 mg; 7 mg; 2.5 mg; 35 mg; 35 mg; 5 mg; 35 mg; 3.4 mg; 25 mg; 125 unidades; 35 mg</i>	\$0	*
<i>cupric chloride inyección 0.4 mg/ml</i>	\$0	*
<i>cyanocobalamin inyección 1000 µg/ml</i>	\$0	*
<i>cyanocobalamin solución nasal 500 µg/0.1 ml</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dialyvite 3000 tableta 100 mg; 300 µg; 10 mg; 3 mg; 1 mg; 20 mg; 25 mg; 1.7 mg; 70 µg; 1.5 mg; 30 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>dialyvite 5000 tableta 100 mg; 300 µg; 10 mg; 5 mg; 2 mg; 20 mg; 50 mg; 1.7 mg; 70 µg; 1.5 mg; 30 unidades; 25 mg</i>	\$0	*
<i>dialyvite supreme d tableta 100 mg; 300 µg; 10 mg; 2000 unidades; 3 mg; 1 mg; 20 mg; 25 mg; 1.7 mg; 70 µg; 1.5 mg; 30 unidades; 15 mg</i>	\$0	*
<i>dialyvite tableta 100 mg; 0.3 mg; 0.006 mg; 1 mg; 20 mg; 10 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>dialyvite/zinc tableta 100 mg; 300 µg; 10 mg; 6 µg; 1 mg; 20 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg; 50 mg</i>	\$0	*
<i>diethylpropion hcl er tableta de liberación prolongada 24 horas 75 mg</i>	\$0	PA; *
<i>diethylpropion hcl tableta 25 mg</i>	\$0	PA; *
<i>diethylpropion hydrochloride er tableta de liberación retardada 24 horas 75 mg</i>	\$0	PA; *
<i>diethylpropion hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0	PA; *
<i>differin loción 0.1 %</i>	\$0	*
<i>dimetane allergy relief cápsula 25 mg</i>	\$0	*
<i>dimetane allergy relief extra strength cápsula 50 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hcl cápsula 50 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride cápsula 25 mg, 50 mg</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride childrens allergy relief líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride líquido 12.5 mg/5 ml, 25 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>diphenhydramine hydrochloride tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>docusate sodium cápsula 100 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>docusate sodium líquido 100 mg/10 ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dual action pain relief tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0	*
<i>econtra ez tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>econtra one-step tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>ed chlorped jr jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ed-apap líquido 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>enlyte cápsula 21 mg; 5 mg; 25 µg; 1.5 mg; 40 mg; 25 µg; 2.5 mg; 2.4 mg; 3.83 mg; 25 µg; 25 µg; 25 µg; 25 µg</i>	\$0	*
<i>ergocalciferol cáps. 50000 unidades</i>	\$0	*
<i>eye itch relief solución 0.035 %</i>	\$0	*
<i>famotidine maximum strength tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>famotidine original strength tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>famotidine tableta 10 mg, 20 mg</i>	\$0	*
<i>famotidine tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>ferosul tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate solución 15 mg/ml, 220 mg/5 ml, 300 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>ferrous sulfate ttableta de liberación retardada 324 mg, 325 mg</i>	\$0	*
<i>feverall adults supositorio 650 mg</i>	\$0	*
<i>feverall childrens supositorio 120 mg</i>	\$0	*
<i>feverall infants supositorio 80 mg</i>	\$0	*
<i>feverall junior strength supositorio 325 mg</i>	\$0	*
<i>fe-vite iron solución 15 mg/ml</i>	\$0	*
<i>fexofenadine hydrochloride tableta 180 mg, 60 mg</i>	\$0	*
<i>first aid antiseptic pomada 10 %</i>	\$0	*
<i>fleet enema 7 g/197 ml; 19 g/197 ml</i>	\$0	*
<i>fleet pediatric enema 3.5 g/59 ml; 9.5 g/59 ml</i>	\$0	*
<i>fleet stimulant tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0	*
<i>fleet stool softener cápsula 100 mg</i>	\$0	*
<i>flotrex tableta masticable</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate aerosol nasal allergy relief 24-hour suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0	*
<i>fluticasone propionate suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0	*
<i>folic acid inyección 5 mg/ml</i>	\$0	*
<i>folic acid tableta 1 mg</i>	\$0	*
<i>folic acid tableta 1 mg</i>	\$0	*
<i>foltrate tableta 500 µg; 1 mg</i>	\$0	*
<i>ft 7 day vaginal cream 1 %</i>	\$0	*
<i>ft 8 hour pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>ft acid reducer + antacid dual action tableta masticable 800 mg; 10 mg; 165 mg</i>	\$0	*
<i>ft acid reducer maximum strength tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>ft acid reducer tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>ft all day allergy 24 hour tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>ft all day allergy childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ft all day allergy tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>ft all day pain relief tableta 220 mg</i>	\$0	*
<i>ft allergy childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ft allergy relief 12 hour tableta 60 mg</i>	\$0	*
<i>ft allergy relief 24 hour tableta 180 mg</i>	\$0	*
<i>ft allergy relief 24 hr suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0	*
<i>ft allergy relief cápsula 25 mg</i>	\$0	*
<i>ft allergy relief childrens líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ft allergy relief childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ft allergy relief tableta 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>ft antacid & antigas suspensión 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml, 400 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ft antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft antacid regular strength tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>ft anti-diarrheal cápsula 2 mg</i>	\$0	*
<i>ft anti-diarrheal solución 1 mg/7.5 ml</i>	\$0	*
<i>ft anti-diarrheal tableta 2 mg</i>	\$0	*
<i>ft antifungal cream crema 1 %</i>	\$0	*
<i>ft arthritis pain reliever tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>ft aspirin adult low dose tableta de liberación retardada 81 mg</i>	\$0	*
<i>ft aspirin low dose tableta de liberación retardada 81 mg</i>	\$0	*
<i>ft aspirin tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>ft aspirin tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>ft athletes foot cream crema 1 %</i>	\$0	*
<i>ft clotrimazole 3 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>ft dual action tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0	*
<i>ft enema ready-to-use enema 7 g/118 ml; 19 g/118 ml</i>	\$0	*
<i>ft enteric coated aspirin tableta de liberación retardada 325 mg</i>	\$0	*
<i>ft gentle laxative supositorio 10 mg</i>	\$0	*
<i>ft ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>ft ibuprofen childrens suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ft ibuprofen ib childrens tableta masticable 100 mg</i>	\$0	*
<i>ft ibuprofen infants suspensión 50 mg/1.25 ml</i>	\$0	*
<i>ft ibuprofen minis cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>ft ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>ft itch relief maximum strength crema 1 %</i>	\$0	*
<i>ft itch relief/aloe maximum strength crema 1 %</i>	\$0	*
<i>ft laxative tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft lice killing maximum strength champú 4 %; 0.33 %</i>	\$0	*
<i>ft lubricant eye drops solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>ft miconazole 1 kit</i>	\$0	*
<i>ft miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0	*
<i>ft miconazole 7 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>ft naloxone hydrochloride líquido 4 mg/0.1 ml</i>	\$0	*
<i>ft naproxen sodium cápsula 220 mg</i>	\$0	*
<i>ft nicotine gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>ft nicotine pastilla 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>ft nicotine mini pastilla 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>ft nicotine transdermal system/step 1 parche 24 horas 21 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>ft nicotine transdermal system/step 1/clear parche 24 horas 21 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>ft nicotine transdermal system/step 2 parche 24 horas 14 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>ft nicotine transdermal system/step 2/clear parche 24 horas 14 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>ft nicotine transdermal system/step 3 parche 24 horas 7 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>ft nicotine transdermal system/step 3/clear parche 24 horas 7 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>ft omeprazole tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>ft pain & fever childrens suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ft pain & fever infants suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>ft pain relief adult extra strength tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>ft pain relief extra strength tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>ft pain relief tableta 200 mg, 325 mg</i>	\$0	*
<i>ft pain reliever adults supositorio 650 mg</i>	\$0	*
<i>ft pain reliever children supositorio 120 mg</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft pain reliever extra strength adult tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>ft povidone-iodine solución 10 %</i>	\$0	*
<i>ft rapid release pain relief tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>ft stomach relief suspensión 525 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>ft stomach relief tableta 262 mg</i>	\$0	*
<i>ft stomach relief tableta masticable 262 mg</i>	\$0	*
<i>ft stool softener cápsula 100 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>ft tioconazole-1 pomada 6.5 %</i>	\$0	*
<i>ft triple antibiotic pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 5000 unidades/g</i>	\$0	*
<i>genteal severe tears gel 0.3 %</i>	\$0	*
<i>genteal tears night-time pomada 3 %; 94 %</i>	\$0	*
<i>gentle laxative supositorio 10 mg</i>	\$0	*
<i>gentle laxative tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0	*
<i>gnp 8 hour arthritis relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>gnp 8 hour pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>gnp 8 hour pain reliever tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>gnp acetaminophen tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>gnp acetaminophen/ibuprofen dual action tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0	*
<i>gnp acid reducer maximum strength tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>gnp acid reducer tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>gnp adapalene gel 0.1 %</i>	\$0	*
<i>gnp adult aspirin low strength tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>gnp all day allergy childrens solución 1 mg/ml, 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp all day allergy tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>gnp allergy antihistamine líquido 50 mg/20 ml</i>	\$0	*
<i>gnp allergy relief cápsula 25 mg</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp allergy relief childrens líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp allergy relief maximum strength líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp allergy relief tableta 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>gnp allergy tableta 25 mg</i>	\$0	*
<i>gnp antacid & anti-gas/regular strength suspensión 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp antacid and anti-gas/maximum strength suspensión 400 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp antacid anti-gas/maximum strength suspensión 400 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>gnp antacid/regular strength suspensión 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp anti-diarrheal cápsula 2 mg</i>	\$0	*
<i>gnp anti-diarrheal tableta 2 mg</i>	\$0	*
<i>gnp arthritis pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>gnp artificial tears solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>gnp aspirin low dose tableta de liberación retardada 81 mg</i>	\$0	*
<i>gnp aspirin tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>gnp aspirin tableta de liberación retardada 325 mg, 81 mg</i>	\$0	*
<i>gnp athletes foot crema 1 %</i>	\$0	*
<i>gnp budesonide aerosol nasal suspensión 32 µg/pulverización</i>	\$0	*
<i>gnp childrens allergy líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp childrens ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp childrens pain relief suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp clearlax paquete 17 g</i>	\$0	*
<i>gnp clotrimazole 3 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>gnp dual action pain reliever tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0	*
<i>gnp fexofenadine hydrochloride tableta 180 mg</i>	\$0	*
<i>gnp fluticasone propionate suspensión 50 µg/ pulverización</i>	\$0	*
<i>gnp gentle laxative supositorio 10 mg</i>	\$0	*
<i>gnp gentle laxative tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0	*
<i>gnp hydrocortisone crema 0.5 %</i>	\$0	*
<i>gnp hydrocortisone maximum strength pomada 1 %</i>	\$0	*
<i>gnp hydrocortisone plus crema 1 %</i>	\$0	*
<i>gnp hydrocortisone/aloe crema 1 %</i>	\$0	*
<i>gnp ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>gnp ibuprofen childrens tableta masticable 100 mg</i>	\$0	*
<i>gnp ibuprofen infants suspensión 50 mg/1.25 ml</i>	\$0	*
<i>gnp ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>gnp iron tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>gnp lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0	*
<i>gnp lice killing shampoo champú 4 %; 0.33 %</i>	\$0	*
<i>gnp lice treatment líquido 1 %</i>	\$0	*
<i>gnp loperamide hydrochloride solución 1 mg/7.5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp loratadine childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp loratadine solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp loratadine tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>gnp loratadine tableta que se desintegra 10 mg</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp lubricant eye drops solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>gnp miconazole 1 paq. combinado</i>	\$0	*
<i>gnp miconazole 3 kit</i>	\$0	*
<i>gnp miconazole 7 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>gnp naloxone hydrochloride líquido 4 mg/0.1 ml</i>	\$0	*
<i>gnp naproxen sodium cápsula 220 mg</i>	\$0	*
<i>gnp naproxen tableta 220 mg</i>	\$0	*
<i>gnp nicotine gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>gnp nicotine mini pastilla 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>gnp nicotine polacrilex gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>gnp nicotine polacrilex pastilla 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>gnp nicotine transdermal system parche 24 horas 21 mg/24 h, 7 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>gnp nicotine transdermal system step 2 parche 24 horas 14 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>gnp nighttime relief lubricant eye pomada 42.5 %; 57.3 %</i>	\$0	*
<i>gnp omeprazole tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>gnp pain & fever childrens suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp pain & fever infants suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>gnp pain relief extra strength tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>gnp pain relief tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>gnp pink bismuth tableta 262 mg</i>	\$0	*
<i>gnp pink bismuth ultra strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>gnp stomach relief suspensión 525 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>gnp stool softener cápsula 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0	*
<i>gnp tolinaftate crema 1 %</i>	\$0	*
<i>gnp triple antibiotic pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 5000 unidades/g</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp womens gentle laxative tableta de liberación retardada 5 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense 24-hour allergy aerosol nasal suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0	*
<i>goodsense all day allergy childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>goodsense all day allergy tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense aller-ease tableta 180 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense allergy relief childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>goodsense allergy relief tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense anti-diarrheal solución 1 mg/7.5 ml</i>	\$0	*
<i>goodsense arthritis pain tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense aspirin tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense dual action complete tableta masticable 800 mg; 10 mg; 165 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense dual action tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense first aid antibiotic pomada 400 unidades; 3.5 mg; 5000 unidades</i>	\$0	*
<i>goodsense ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense ibuprofen childrens suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>goodsense ibuprofen childrens tableta masticable 100 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense ibuprofen infants suspensión 50 mg/1.25 ml</i>	\$0	*
<i>goodsense ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense lice killing creme rinse líquido 1 %</i>	\$0	*
<i>goodsense naproxen sodium tableta 220 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense nicotine pastilla 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense nicotine polacrilex gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense nicotine polacrilex pastilla 4 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense pain & fever childrens suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>goodsense pain & fever infants suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>goodsense pain relief extra strength tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>goodsense pain relief tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>healthylax paquete 17 g</i>	\$0	*
<i>heartburn relief extra strength suspensión 254 mg/5 ml; 237.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>heartburn relief maximum strength tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>heartburn relief tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>histaflex tableta 325 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>histex pd líquido 0.938 mg/ml</i>	\$0	*
<i>histex jarabe 2.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone crema 0.5 %, 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone maximum strength crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone maximum strength plus 12 moisturizers crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone pomada 1 %</i>	\$0	*
<i>hydrocortisone/aloe maximum strength crema 1 %</i>	\$0	*
<i>hydroxocobalamin inyección 1000 µg/ml</i>	\$0	*
<i>ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>ibuprofen childrens suspensión 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>ibuprofen infants suspensión 50 mg/1.25 ml</i>	\$0	*
<i>ibuprofen junior strength tableta masticable 100 mg</i>	\$0	*
<i>ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>imcivree inyección 10 mg/ml</i>	\$0	PA; *
<i>iron drops solución 15 mg/ml</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>iron infant & toddler solución 15 mg/ml</i>	\$0	*
<i>iron infant/toddler solución 15 mg/ml</i>	\$0	*
<i>ketotifen fumarate solución 0.035 %</i>	\$0	*
<i>k-phos neutral tableta 155 mg; 852 mg; 130 mg</i>	\$0	*
<i>k-phos tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>lansoprazole cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0	*
<i>levonorgestrel tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>lice killing champú maximum strength champú 4 %; 0.33 %</i>	\$0	*
<i>lidocaine crema 4 %</i>	\$0	*
<i>líquido allergy relief líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>liraglutide inyección 18 mg/3 ml</i>	\$0	*
<i>liraglutide inyección 18 mg/3 ml</i>	\$0	QL (15 ML por 30 días) PA; *
<i>lomaira tableta 8 mg</i>	\$0	PA; *
<i>loperamide hydrochloride solución 1 mg/7.5 ml, 2 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>loratadine childrens solución 5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>loratadine tableta bucodispensable que se desintegra 10 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>loratadine tableta que se desintegra 10 mg</i>	\$0	*
<i>lotrimin af crema 1 %</i>	\$0	*
<i>lubricant eye drops solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>lubrifresh p.m. pomada 15 %; 83 %</i>	\$0	*
<i>lubrifresh pm pomada 15 %; 83 %</i>	\$0	*
<i>mag-al líquido 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>mag-al plus líquido 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>mag-al plus suspensión 1200 mg/30 ml; 1200 mg/30 ml; 120 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>mag-al plus xs líquido 400 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>mag-al plus xs suspensión 2400 mg/30 ml; 2400 mg/30 ml; 240 mg/30 ml</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mag-al suspensión 1200 mg/30 ml; 1200 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>magnesium hydroxide/aluminum hydroxide/simethicone suspensión 1200 mg/30 ml; 1200 mg/30 ml; 120 mg/30 ml, 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml, 2400 mg/30 ml; 2400 mg/30 ml; 240 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>magnesium oxide tableta 400 mg, 420 mg</i>	\$0	*
<i>manganese chloride inyección 0.1 mg/ml</i>	\$0	*
<i>manganese trace metal inyección 0.1 mg/ml</i>	\$0	*
<i>mapap cápsula 500 mg</i>	\$0	*
<i>mapap childrens tableta masticable 80 mg</i>	\$0	*
<i>m-dryl líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	\$0	*
<i>miconazole 7 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>miconazole nitrate paq. combinado</i>	\$0	*
<i>miconazole nitrate crema 2 %</i>	\$0	*
<i>miconazole nitrate solución 2 %</i>	\$0	*
<i>micotrin ac crema 1 %</i>	\$0	*
<i>mintox maximum strength suspensión 400 mg/5 ml; 400 mg/5 ml; 40 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>m-pap líquido 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>my choice tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>my way tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>mycozyl ac crema 1 %</i>	\$0	*
<i>naloxone hydrochloride líquido 4 mg/0.1 ml</i>	\$0	*
<i>naproxen sodium cápsula 220 mg</i>	\$0	*
<i>naproxen sodium tableta 220 mg</i>	\$0	*
<i>nascobal solución 500 µg/0.1 ml</i>	\$0	*
<i>nephplex rx tableta 60 mg; 300 µg; 6 mg; 1 mg; 20 mg; 10 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg; 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>new day tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>niacin sr cápsula de liberación prolongada 500 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine pastilla 4 mg</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nicotine mini lozenge pastilla 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine polacrilex pastilla 2 mg, 4 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine polacrilex mini pastilla 2 mg</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system kit</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system parche 24 horas 14 mg/24 h, 21 mg/24 h, 7 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system step 1 parche 24 horas 21 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system step 1/clear parche 24 horas 21 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system step 2 parche 24 horas 14 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system step 2/clear parche 24 horas 14 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system step 3 parche 24 horas 7 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>nicotine transdermal system step 3/parche transparente 24 horas 7 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>nighttime relief lubricant eye pomada 42.5 %; 57.3 %</i>	\$0	*
<i>niva-fol tableta 2 mg; 2.5 mg; 25 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole magnesium cápsula de liberación retardada 20.6 mg</i>	\$0	*
<i>omeprazole tableta de liberación retardada 20 mg</i>	\$0	*
<i>opcicon one-step tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>option 2 tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>orlistat cápsula 120 mg</i>	\$0	QL (90 EA por 30 días) PA; *
<i>oyster shell calcium tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>oyster shell calcium/vitamin d tableta 200 unidades; 500 mg</i>	\$0	*
<i>pain & fever childrens suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>pain & fever infants suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>pain and fever relief kids líquido 160 mg/5 ml</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pc pediatric iron drops solución 15 mg/ml</i>	\$0	*
<i>pediaclear pd childrens líquido 0.625 mg/ml</i>	\$0	*
<i>pediavent jarabe 2 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>peg 3350 paquete 17 g</i>	\$0	*
<i>phendimetrazine tartrate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 105 mg</i>	\$0	PA; *
<i>phendimetrazine tartrate tableta 35 mg</i>	\$0	PA; *
<i>phentermine hcl tableta 37.5 mg</i>	\$0	PA; *
<i>phentermine hydrochloride cápsula 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0	PA; *
<i>phentermine hydrochloride tableta 37.5 mg, 8 mg</i>	\$0	PA; *
<i>phentermine/topiramate er cápsula de liberación prolongada 24 horas 11.25 mg; 69 mg, 15 mg; 92 mg, 3.75 mg; 23 mg, 7.5 mg; 46 mg</i>	\$0	PA; *
<i>phospha 250 neutral tableta 155 mg; 852 mg; 130 mg</i>	\$0	*
<i>phospho-trin 250 neutral tableta 155 mg; 852 mg; 130 mg</i>	\$0	*
<i>phospho-trin k500 tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>phytonadione inyección 10 mg/ml, 1 mg/0.5 ml</i>	\$0	*
<i>phytonadione tableta 5 mg</i>	\$0	*
<i>plan b one-step tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>polyethylene glycol 3350 paquete 17 g</i>	\$0	*
<i>polyvinyl alcohol solución 1.4 %</i>	\$0	*
<i>povidone-iodine solución 10 %</i>	\$0	*
<i>prevacid 24hr cápsula de liberación retardada 15 mg</i>	\$0	*
<i>proctozone-b supositorio 10 mg</i>	\$0	*
<i>pyridoxine hcl inyección 100 mg/ml</i>	\$0	*
<i>qc 8 hour arthritis pain tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*
<i>qc 8 hour pain relief tableta de liberación prolongada 650 mg</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc allergy relief cápsula 25 mg</i>	\$0	*
<i>qc allergy relief childrens líquido 12.5 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>qc allergy relief suspensión 50 µg/pulverización</i>	\$0	*
<i>qc allergy relief tableta 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 60 mg</i>	\$0	*
<i>qc antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>qc antacid maximum strength suspensión 800 mg/10 ml; 800 mg/10 ml; 80 mg/10 ml</i>	\$0	*
<i>qc antacid tableta masticable 500 mg</i>	\$0	*
<i>qc antacid ultra strength tableta masticable 1000 mg</i>	\$0	*
<i>qc antacid/anti-gas suspensión 200 mg/5 ml; 200 mg/5 ml; 20 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>qc anti-diarrheal cápsula 2 mg</i>	\$0	*
<i>qc anti-diarrheal tableta 2 mg</i>	\$0	*
<i>qc antifungal cream crema 1 %</i>	\$0	*
<i>qc artificial tears solución 0.5 %; 0.6 %</i>	\$0	*
<i>qc aspirin low dose tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>qc aspirin low dose tableta de liberación retardada 81 mg</i>	\$0	*
<i>qc aspirin tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>qc clotrimazole crema 1 %</i>	\$0	*
<i>qc dual action pain reliver tableta 250 mg; 125 mg</i>	\$0	*
<i>qc enema enema 7 g/118 ml; 19 g/118 ml</i>	\$0	*
<i>qc enteric aspirin tableta de liberación prolongada 325 mg</i>	\$0	*
<i>qc famotidine acid reducer maximum strength tableta 20 mg</i>	\$0	*
<i>qc famotidine acid reducer tableta 10 mg</i>	\$0	*
<i>qc gentle laxative tableta de liberación prolongada 5 mg</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc hydrocortisone maximum strength crema 1 %</i>	\$0	*
<i>qc ibuprofen cápsula 200 mg</i>	\$0	*
<i>qc ibuprofen childrens suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>qc ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>qc lansoprazole cápsula de liberación prolongada 15 mg</i>	\$0	*
<i>qc laxative tableta de liberación prolongada 5 mg</i>	\$0	*
<i>qc miconazole 7 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>qc naproxen sodium tableta 220 mg</i>	\$0	*
<i>qc omeprazole magnesium cápsula de liberación prolongada 20.6 mg</i>	\$0	*
<i>qc pain relief childrens suspensión 160 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>qc pain relief extra strength tableta 500 mg</i>	\$0	*
<i>qc pain relief tableta 325 mg</i>	\$0	*
<i>qc stomach relief suspensión 525 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>qc stomach relief tableta 262 mg</i>	\$0	*
<i>qc stomach relief tableta masticable 262 mg</i>	\$0	*
<i>qc stomach relief ultra suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>qc triple antibiotic pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 5000 unidades/g</i>	\$0	*
<i>refresh celluvisc gel 1 %</i>	\$0	*
<i>refresh lacri-lube pomada 42.5 %; 56.8 %</i>	\$0	*
<i>refresh liquigel gel 1 %</i>	\$0	*
<i>refresh optive mega-3 pf solución 0.5 %; 1 %; 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh plus solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>refresh tears solución 0.5 %</i>	\$0	*
<i>renal caps cápsula 100 mg; 150 µg; 5 mg; 6 µg; 1 mg; 20 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>reno caps cápsula 100 mg; 150 µg; 5 mg; 6 µg; 1 mg; 20 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>saxenda inyección 18 mg/3 ml</i>	\$0	QL (15 ML por 30 días) PA; *
<i>slowmag mg muscle/heart tableta de liberación retardada 119 mg; 71.5 mg</i>	\$0	*
<i>slow-mag tableta de liberación retardada 119 mg; 71.5 mg</i>	\$0	*
<i>sm 3-day vaginal cream 2 %</i>	\$0	*
<i>sm anti-diarrheal tableta 2 mg</i>	\$0	*
<i>sm antifungal tolinaftate crema 1 %</i>	\$0	*
<i>sm aspirin low dose tableta masticable 81 mg</i>	\$0	*
<i>sm childrens ibuprofen suspensión 100 mg/5 ml</i>	\$0	*
<i>sm enema 7 g/118 ml; 19 g/118 ml</i>	\$0	*
<i>sm hydrocortisone maximum strength pomada 1 %</i>	\$0	*
<i>sm ibuprofen tableta 200 mg</i>	\$0	*
<i>sm miconazole 7 crema 2 %</i>	\$0	*
<i>sm nicotine polacrilex gum 4 mg</i>	\$0	*
<i>sm nicotine polacrilex pastilla 4 mg</i>	\$0	*
<i>sm nicotine transdermal system/step 2/clear parche 24 horas 14 mg/24 h</i>	\$0	*
<i>smooth antacid extra strength tableta masticable 750 mg</i>	\$0	*
<i>sodium bicarbonate tableta 325 mg, 650 mg</i>	\$0	*
<i>soluvita suspensión</i>	\$0	*
<i>stomach relief extra strength suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>stomach relief suspensión 525 mg/30 ml</i>	\$0	*
<i>stomach relief tableta masticable 262 mg</i>	\$0	*
<i>stomach relief ultra suspensión 525 mg/15 ml</i>	\$0	*
<i>stool softener cápsula 100 mg</i>	\$0	*
<i>strovite forte tableta 500 mg; 1000 unidades; 0.15 mg; 25 mg; 0.1 mg; 3 mg; 50 µg; 10 mg; 0.8 mg; 50 mg; 25 µg; 100 mg; 25 mg; 3000 unidades; 20 mg; 50 µg; 20 mg; 60 unidades; 15 mg</i>	\$0	*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>strovite one tableta 15 mg; 300 mg; 100 µg; 15 mg; 3000 unidades; 1000 unidades; 50 µg; 1.5 mg; 50 µg; 1 mg; 5 mg; 50 mg; 1.5 mg; 25 mg; 25 mg; 5 mg; 100 µg; 20 mg; 100 unidades; 25 mg</i>	\$0	*
<i>systane night gel gel 0.3 %</i>	\$0	*
<i>systane nighttime pomada 3 %; 94 %</i>	\$0	*
<i>take action tableta 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>tension headache tableta 500 mg; 65 mg</i>	\$0	*
<i>thiamine hcl inyección 100 mg/ml</i>	\$0	*
<i>thiamine hydrochloride inyección 100 mg/ml, 200 mg/2 ml</i>	\$0	*
<i>tioconazole 1 pomada 6.5 %</i>	\$0	*
<i>tm-clotrimazole crema 1 %</i>	\$0	*
<i>tolnaftate crema 1 %</i>	\$0	*
<i>tolnaftate polvo 1 %</i>	\$0	*
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0	*
<i>triphrocaps cápsula 100 mg; 150 µg; 5 mg; 6 µg; 1 mg; 20 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg</i>	\$0	*
<i>triple antibiotic pomada 400 unidades/g; 3.5 mg/g; 5000 unidades/g, 400 unidades/g; 5 mg/g; 5000 unidades/g, 400 unidades; 3.5 mg; 5000 unidades</i>	\$0	*
<i>triprolidine hci líquido 0.625 mg/ml</i>	\$0	*
<i>triprolidine hydrochloride líquido 0.938 mg/ml</i>	\$0	*
<i>true ferrous sulfate tableta de liberación retardada 324 mg</i>	\$0	*
<i>true folic acid tableta 1 mg</i>	\$0	*
<i>true magnesium oxide tableta 400 mg</i>	\$0	*
<i>true oyster shell calcium tableta 1250 mg</i>	\$0	*
<i>true vitamin d3 cápsula 250 µg</i>	\$0	*
<i>vital-d rx tableta 60 mg; 300 µg; 1750 unidades; 6 mg; 1 mg; 20 mg; 10 mg; 10 mg; 1.7 mg; 1.5 mg; 12.5 mg</i>	\$0	*
<i>vitamin d cápsula 1.25 mg, 50000 unidades</i>	\$0	*
<i>vitamin k1 inyección 10 mg/ml, 1 mg/0.5 ml</i>	\$0	*

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
wegovy <i>hd inyección 7.2 mg/0.75 ml</i>	\$0	*
wegovy <i>inyección 0.25 mg/0.5 ml, 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/0.5 ml</i>	\$0	QL (2 ML por 28 días) PA; *
wegovy <i>inyección 1.7 mg/0.75 ml, 2.4 mg/0.75 ml</i>	\$0	QL (3 ML por 28 días) PA; *
wescaps <i>cápsula</i>	\$0	*
wes-phos 250 <i>neutral tableta 155 mg; 852 mg; 130 mg</i>	\$0	*
westab max <i>tableta 2 mg; 2.5 mg; 25 mg</i>	\$0	*
xenical <i>cápsula 120 mg</i>	\$0	QL (90 EA por 30 días) PA; *
zaditor <i>solución 0.035 %</i>	\$0	*
zepbound <i>inyección 10 mg/0.5 ml, 12.5 mg/0.5 ml, 15 mg/0.5 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/0.5 ml, 7.5 mg/0.5 ml</i>	\$0	QL (2 ML por 28 días) PA; *
zepbound kwikpen <i>inyección 10 mg/0.6 ml, 12.5 mg/0.6 ml, 15 mg/0.6 ml, 2.5 mg/0.6 ml, 5 mg/0.6 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	\$0	QL (2.4 ML por 28 días) PA; *



Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede buscar un medicamento por su nombre alfabéticamente. Verá el número de página en la que puede encontrar más información de cobertura de su medicamento.

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
Symbols		<i>acne medication 10 loción 10 %</i>	178
<i>7 day vaginal cream</i>	177	<i>acne medication ge</i>	178
<i>8 hr arthritis pain relief</i>	177	ACTHIB	145
<i>8hr muscle aches & pain relief</i>	177	ACTIMMUNE.....	143
<i>12 h allergy relief</i>	177	<i>acyclovir</i>	33
<i>24 h allergy relief</i>	177	<i>acyclovir sodium</i>	33
A		ADACEL	145
<i>abacavir</i>	28	ADALIMUMAB.....	140
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	31	<i>adapalene</i>	178
ABELCET	26	<i>adapalene pump</i>	178
<i>abigale</i>	120	<i>adefovir dipivoxil</i>	34
<i>abigale lo</i>	120	ADEMPAS	71
ABILIFY	80	<i>aenapine</i>	81
ABILIFY MAINTENA.....	80	<i>afirmelle</i>	110
<i>abiraterone acetate</i>	43	<i>aftera</i>	178
<i>abirtega</i>	43	<i>agua estéril para irrigación, solución</i>	176
ABRYSVO	145	AIMOVIG	98
<i>acamprosate calcium dr</i>	101	AIRSUPRA	166
<i>acarbose</i>	105	AKEEGA.....	43
<i>accutane</i>	167	<i>ala-cort</i>	170
<i>acebutolol hydrochloride</i>	64	<i>ala-hist ir</i>	178
<i>acetaminophen</i>	178	<i>alaway</i>	179
<i>acetaminophen childrens</i>	177	<i>alaway childrens allergy eye itch relief</i>	178
<i>acetaminophen/codeine</i>	20	<i>albendazole</i>	22
<i>acetaminophen/codeine phosphate</i>	20	<i>albuterol sulfate</i>	163
<i>acetaminophen er</i>	178	<i>albuterol sulfate hfa</i>	163
<i>acetaminophen er 8 horas arthritis pain relief</i>	178	<i>alclometasone dipropionate</i>	170
<i>acetaminophen extra strength</i>	178	ALECENSA.....	46
<i>acetaminophen infants</i>	178	<i>alendronate sodium</i>	108
<i>acetazolamide</i>	68	<i>alfuzosin hcl er</i>	134
<i>acetazolamide er</i>	68	<i>aliskiren</i>	69
<i>acetic acid</i>	160	<i>all day allergy</i>	179
<i>acetic acid 0.25 %</i>	135	<i>all day allergy childrens</i>	179
<i>acetylcysteine</i>	123, 164	<i>all day pain relief</i>	179
<i>acid gone</i>	178	<i>all day relief</i>	179
<i>acid reducer</i>	178	<i>aller-chlor</i>	179
<i>acid reducer complete</i>	178	<i>allergy</i>	179
<i>acid reducer maximum strength</i>	178	<i>allergy cápsula</i>	179
<i>acitretin</i>	170	<i>allergy childrens</i>	179
<i>acne medication 5 gel 5 %</i>	178	<i>allergy relief</i>	179
<i>acne medication 10 gel 10 %</i>	178	<i>allergy relief 24 h</i>	179
		<i>allergy relief childrens</i>	179

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>allergy-time</i>	179	<i>antacid/antigas líquido</i>	180
<i>allopurinol</i>	17	<i>antacid & antigas suspensión</i>	179
<i>almacone double strength</i>	179	<i>antacid calcium regular strength</i>	179
<i>alose tron hydrochloride</i>	132	<i>antacid extra strength</i>	179
<i>alprazolam</i>	72	<i>antacid maximum strength</i>	179
ALPRAZOLAM INTENSOL	72	<i>antacid regular strength</i>	180
<i>altavera</i>	110	<i>antacid suspensión</i>	180
<i>aluminum hydroxide</i>	179	<i>antacid tableta masticable</i>	180
<i>aluminum/magnesium/simethicone</i>	179	<i>antacid ultra strength</i>	180
ALUNBRIG	46	<i>anti-diarrheal</i>	180
ALVAIZ	138	<i>antifungal cream</i>	180
ALVESCO	166	<i>anti-itch maximum strength</i>	180
<i>alyacen 1/35</i>	110	APÓSITOS DE GASA CURITY	103
<i>alyacen 7/7/7</i>	111	<i>aprepitant</i>	128
<i>amantadine hcl</i>	79	<i>apri</i>	111
<i>ambrisentan</i>	71	APTOM	87
<i>amethyst</i>	111	APTIVUS	28
<i>amikacini sulfate</i>	22	<i>aranella</i>	111
<i>amiloride hcl</i>	68	ARCALYST	143
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	68	AREXVY	145
<i>aminophylline</i>	164	ARIKAYCE	22
AMINOSYN	152, 153	<i>aripiprazole</i>	80, 81
<i>amiodarone hydrochloride</i>	61	ARISTADA	81
<i>amitriptyline</i>	74	<i>armodafinil</i>	101
<i>amitriptyline hcl</i>	74	ARNUITY ELLIPTA	166
<i>amlodipine besylate</i>	65	<i>arthritis pain relief</i>	180
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	69	<i>artificial tears</i>	180
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	57	<i>ashlyna</i>	111
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	59	ASPARLAS	45
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	59	<i>aspirin</i>	180
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	59	<i>aspirin adult low dose</i>	180
<i>ammonium lactate</i>	174, 179	<i>aspirin clear</i>	180
<i>amnestem</i>	167	<i>aspirin/dipyridamole er</i>	139
<i>amoxapine</i>	74	<i>aspirin ec</i>	180
<i>amoxicillin</i>	39, 40	<i>aspirin low dose</i>	180
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	39	<i>aspirin regimen</i>	180
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	39	<i>aspirin regular strength</i>	180
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	95	ASTAGRAF XL	143
<i>amphotericin b</i>	26	<i>atazanavir</i>	29
<i>amphotericin b liposome</i>	26	<i>atazanavir sulfate</i>	28
<i>ampicillin</i>	40	<i>atenolol</i>	64
<i>ampicillin sodium</i>	40	<i>atenolol/chlorthalidone</i>	64
<i>ampicillin-sulbactam</i>	40	<i>athletes foot</i>	180
<i>ampicillin/sulbactam</i>	40	<i>atomoxetine</i>	95
<i>anagrelide hydrochloride</i>	138	<i>atorvastatin calcium</i>	62
<i>anastrozole</i>	43	<i>atovaquone</i>	22
ANORO ELLIPTA	161	<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	28

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>atovaquone/proguanil hydrochloride</i>	28	<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	57
<i>atropine sulfate</i>	160	BENLYSTA	144
ATROVENT HFA	161	<i>benzoyl peroxide</i>	181
<i>aubra eq</i>	111	<i>benzoyl peroxide wash</i>	181
AUGTYRO	46	<i>benzphetamine hcl</i>	181
<i>aurovela 1.5/30</i>	111	<i>benztropine mesylate</i>	79
<i>aurovela 1/20</i>	111	BERINERT	138
<i>aurovela 24 fe</i>	111	BESIFLOXACIN HYDROCHLORIDE	156
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	111	BESIVANCE	156
<i>aurovela fe 1/20</i>	111	BESREMI	45
AUSTEDO	99	<i>betadine</i>	181
AUSTEDO XR	99	<i>betaine anhydrous polvo</i>	124
AUVELITY	74	<i>betamethasone dipropionate</i>	171
AUVELITY AJUSTE DE LA DOSIS	74	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	171
<i>aviane</i>	111	<i>betamethasone valerate</i>	171
AVMAPKI FAKZYNJA	46	BETASERON	100
<i>ayuna</i>	111	<i>betaxolol hcl</i>	64, 158
AYVAKIT	46	<i>bethanechol chloride</i>	135
<i>azathioprine</i>	144	BEVESPI	161
AZATHIOPRINE	144	<i>bexarotene</i>	45, 174
<i>azelaic acid</i>	174	BEXSERO	145
<i>azelastine hcl</i>	158	<i>bicalutamide</i>	43
<i>azelastine hydrochloride</i>	162	BICILLIN L-A	40
AZILSARTAN	60	BIKTARVY	31
<i>azithromycin</i>	38	BILDYOS	109
<i>aztreonam</i>	22	BILPREVDA	109
<i>azurette</i>	111	BIMZELX	140
B		<i>bisacodyl ec</i>	181
<i>bacitracin</i>	156	<i>bisacodyl supositorio</i>	181
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	156	<i>bismuth subsalicylate</i>	181
<i>baclofen</i>	100	<i>bisoprolol</i>	64
<i>bacmin 25 mg; 5000 unidades; 20 mg; 50 µg;</i> <i>20 mg; 30 unidades; 22.5 mg</i>	181	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	64
BAFIERTAM	100	<i>blisovi 24 fe</i>	111
<i>balsalazide disodium</i>	131	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	111
BALVERSA	46, 47	<i>blisovi fe 1/20</i>	111
<i>balziva</i>	111	BLUJEPa	22
<i>banophen</i>	181	BONSITY	109
BARACLUDE	34	BOOSTRIX	145
BCG	145	<i>bosentan</i>	71
BD ALCOHOL SWABS	103	BOSULIF	47
BD INSULIN JERINGA	103	<i>bosutinib</i>	47
BD PEN	103	<i>bprotected pedia iron</i>	181
BD PEN AGUJA/ORIGINAL/ ULTRAFINA/29 G X 1/2	103	<i>bp vit 3</i>	181
<i>benazepril hydrochloride</i>	57	BRAFTOVI	47
		BREO ELLIPTA	166
		BREZTRI	161
		<i>briellyn</i>	112

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>brimonidine tartrate</i>	158	CAPLYTA.....	81
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	158	CAPRELSA.....	47
<i>brinzolamide</i>	158	<i>captopril</i>	58
<i>brivaracetam</i>	87	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	57
BRIVIACT	87	<i>carbamazepine</i>	87, 88
<i>bromfenac</i>	157	<i>carbamazepine er</i>	87
<i>bromfenac sodium</i>	157	<i>carbidopa</i>	79
<i>bromocriptine mesylate</i>	79	<i>carbidopa/levodopa</i>	79
BRUKINSA	47	CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE.....	79
<i>budesonide</i>	166	<i>carbidopa/levodopa er</i>	79
<i>budesonide aerosol nasal</i>	181	<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	79
<i>budesonide dr</i>	131	CARBINOXAMINE	162
<i>budesonide er</i>	131	<i>carbinoxamine maleate</i>	162
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	166	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	181
<i>bumetanide</i>	68	<i>carboxymethylcellulose sodium solución</i> <i>oftálmica</i>	181
<i>buprenorphine</i>	19	<i>carglumic acid</i>	124
<i>buprenorphine hcl</i>	101	<i>carteolol hcl</i>	158
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	101	<i>cartia xt</i>	65
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i> <i>hydrochloride</i>	101	<i>carvedilol</i>	64
<i>bupropion</i>	74	<i>carvedilol phosphate er</i>	64
BUPROPION	74	<i>caspofungin acetate</i>	27
<i>bupropion hydrochloride er</i>	74, 102	CAYSTON	22
<i>buspirone hcl</i>	72	<i>cefaclor</i>	35
<i>buspirone hydrochloride</i>	72	CEFACLOR ER	35
<i>butorphanol tartrate</i>	20	<i>cefadroxil</i>	35
BYSANTI	81	<i>cefazolin</i>	36
C		CEFAZOLIN.....	36
<i>cabergoline</i>	124	CEFAZOLIN/DEXTROSE.....	36
CABOMETYX	47	<i>cefazolin sodium</i>	36
<i>calcipotriene</i>	170	CEFAZOLIN SODIUM	36
<i>calcitonin-salmon</i>	109	<i>cefdinir</i>	36
<i>calcitrene</i>	170	<i>cefepime</i>	36
<i>calcitriol</i>	127, 128	<i>cefixime</i>	36
CALCITRIOL	170	<i>cefotetan</i>	36
<i>calcium + vitamin d3</i>	181	<i>cefoxitin</i>	36
<i>calcium antacid</i>	181	<i>cefpodoxime proxetil</i>	36
<i>calcium antacid extra strength</i>	181	<i>cefprozil</i>	37
<i>calcium carbonate</i>	181	<i>ceftaroline</i>	37
<i>cal-gest antacid</i>	181	<i>ceftazidime</i>	37
CALQUENCE	47	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	37
<i>camila</i>	112	<i>ceftriaxone sodium</i>	37
CAMRESE.....	112	CEFTRIAZONE SODIUM.....	37
CAMRESE LO	112	<i>cefuroxime axetil</i>	37
<i>candesartan cilexetil</i>	60	<i>cefuroxime sodium</i>	37
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	59	<i>celecoxib</i>	17
		<i>cephalexin</i>	37

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CERDELGA.....	124	<i>clindamycin</i>	168
<i>cetirizine hcl</i>	181, 182	<i>clindamycin hcl</i>	22
<i>cetirizine hcl allergy childrens</i>	181	<i>clindamycin hydrochloride</i>	23
<i>cetirizine hcl childrens</i>	181	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	23
<i>cetirizine hcl childrens allergy</i>	181	<i>clindamycin phosphate</i>	23, 136, 167, 168
<i>cetirizine hydrochloride</i>	162, 182	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	23
<i>cetirizine hydrochloride childrens hives relief</i>	182	<i>clindamycin phosphate (dos veces al día)</i>	167
<i>cevimeline hydrochloride</i>	176	<i>clindamycin phosphate (una vez al día)</i>	167
<i>charlotte 24 fe</i>	112	CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE.....	23
<i>chateal eq</i>	112	CLINIMIX.....	153
CHEMET.....	110	CLINIMIX 6/5.....	153
<i>childrens acetaminophen</i>	182	CLINIMIX 8/10.....	153
<i>childrens ibuprofen</i>	182	CLINIMIX 8/14.....	153
<i>childrens loratadine</i>	182	<i>clinisol</i>	153
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	22	CLINOLIPID.....	154
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	72	<i>clinpro 5000 pasta</i>	176
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	72	<i>clobazam</i>	88
<i>chlorhexidine gluconate</i>	176	<i>clobetasol propionate</i>	171
<i>chloroquine phosphate</i>	28	<i>clobetasol propionate e</i>	171
<i>chlorpromazine hcl</i>	81	<i>clodan</i>	171
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	81, 82	<i>clomipramine hydrochloride</i>	75
<i>chlorthalidone</i>	68	<i>clonazepam</i>	88
<i>cholestyramine</i>	62, 63	<i>clonazepam tabs. bucodispersables</i>	88
<i>cholestyramine light</i>	62	<i>clonidine</i>	69
<i>chromic chloride</i>	182	<i>clonidine hydrochloride</i>	69
<i>chromium chloride</i>	182	<i>clopidogrel</i>	139
<i>ciclopirox</i>	169	<i>clorazepate dipotassium</i>	88
<i>ciclopirox nail lacquer</i>	169	<i>clorzoxazone</i>	100
<i>ciclopirox olamine</i>	169	<i>clotrimazole</i>	169, 182
<i>cilostazol</i>	138	<i>clotrimazole antifungal</i>	182
CILOXAN.....	156	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	169
CIMDUO.....	31	<i>clotrimazole past. para chup</i>	176
<i>cimetidine</i>	130	<i>clozapine</i>	82
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	75, 124	<i>clozapine tabs. bucodispersables</i>	82
<i>ciprofloxacin</i>	160	CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES.....	82
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	160	COARTEM.....	28
<i>ciprofloxacin hcl</i>	38	COBENFY.....	82
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	38, 156	COBENFY STARTER PACK.....	82
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	38	CODEINE SULFATE.....	20
CIPRO HC.....	160	<i>colace</i>	182
<i>citalopram hydrobromide</i>	74	<i>colchicine</i>	17
<i>claravis</i>	167	<i>colesevelam hydrochloride</i>	63
<i>clarithromycin</i>	38	<i>colestipol hydrochloride</i>	63
<i>clarithromycin er</i>	38	<i>colistimethate sodium</i>	23
<i>clemastine fumarate</i>	162	COMBIGAN.....	159
CLENPIQ.....	131	COMBIVENT RESPIMAT.....	161
<i>clindacin</i>	167	COMETRIQ KIT.....	47

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>compro</i>	128	<i>daysee</i>	112
<i>conjugated estrogens</i>	121	DAYVIGO.....	97
<i>consulose</i>	131	<i>deblitane</i>	112
COPIKTRA.....	47	<i>deferasirox</i>	110
<i>copper inyección</i>	182	DELSTRIGO.....	31
CORLANOR.....	69	<i>delyla</i>	112
<i>corvita</i>	182	DENG VAXIA.....	145
<i>corvite</i>	182	DENTA 5000 PLUS SENSITIVE.....	176
COTELLIC.....	48	<i>dentagel</i>	176
<i>crema vaginal de 3 días</i>	177	DEPO-SUBQ PROVERA.....	112
CREON.....	132	DESCOVY.....	31
CRESEMBA.....	27	<i>desipramine hydrochloride</i>	75
<i>cromolyn sodium</i>	133, 158, 164	<i>desloratadine</i>	162
<i>cryselle</i>	112	<i>desloratadine bucodispersable</i>	162
<i>cryselle-28</i>	112	<i>desmopressin acetate</i>	124
<i>cupric chloride</i>	182	<i>desonide</i>	171, 172
<i>cyanocobalamin</i>	182	<i>desoximetasone</i>	172
<i>cyanocobalamin nasal</i>	182	<i>dessmopressin acetate</i>	124
<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	100	<i>desvenlafaxine er</i>	75
<i>cyclophosphamide cápsula</i>	42	<i>dexamethasone</i>	122
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA.....	42	<i>dexamethasone intensol</i>	122
<i>cycloserine</i>	33	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	157
<i>cyclosporine</i>	144	<i>dexlansoprazole</i>	134
<i>cyclosporine modified</i>	144	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	95
<i>cyproheptadine hcl</i>	162	<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	96
<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	162	<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	96
<i>cyred eq</i>	112	<i>dextroamphetamine</i>	96
CYSTAGON.....	124	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	96
CYSTARAN.....	160	<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	96
D		DEXTROSE.....	154
<i>dabigatran</i>	136	DEXTROSE 2.5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %.....	148
<i>dalfampridine er</i>	100	<i>dextrose 5 %</i>	154
<i>danazol</i>	102	DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE n.º 48.....	148
<i>dantrolene sodium</i>	101	DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS.....	148
DANZITEN.....	48	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % ...	148
<i>dapagliflozin</i>	105	<i>dextrose 5 %/sodium chloride 0.3 %</i>	148
<i>dapagliflozin/metformin</i>	105	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.9 % ...	148
<i>dapsone</i>	23, 168	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.33 % .	148
DAPTACEL.....	145	DEXTROSE 5 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 % .	148
<i>daptomycin</i>	23	<i>dextrose 10 %</i>	154
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE.....	23	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.2 % .	148
<i>darunavir</i>	29	DEXTROSE 10 %/SODIUM CHLORIDE 0.45 %	148
<i>dasatinib</i>	48	DEXTROSE 50 %.....	154
<i>dasetta 1/35</i>	112	DEXTROSE 70 %.....	154
<i>dasetta 7/7/7</i>	112	<i>dextrose/sodium chloride</i>	148
DAURISMO.....	48	DIACOMIT.....	88
		<i>dialyvite</i>	183

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dialyvite 3000</i>	183	<i>divalproex sodium dr</i>	89
<i>dialyvite 5000</i>	183	<i>divalproex sodium er</i>	89
<i>dialyvite supreme d</i>	183	<i>docusate sodium</i>	183
<i>dialyvite/zinc</i>	183	<i>dofetilide</i>	61
<i>diazepam</i>	88, 89	<i>dolishale</i>	112
<i>diazepam intensol</i>	88	<i>donepezil hcl</i>	73
<i>diazoxide</i>	123	<i>donepezil hydrochloride</i>	73
<i>diclofenac</i>	174	DOPTELET.....	138, 139
<i>diclofenac potassium</i>	18	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	159
<i>diclofenac sodium</i>	157	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	159
<i>diclofenac sodium dr</i>	18	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	159
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	18	<i>dotti patch dos veces por semana 0.025 mg/24hr,</i> <i>0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr,</i> <i>0.1 mg/24hr</i>	121
<i>dicloxacillin sodium</i>	40	DOVATO	31
<i>dicyclomine hcl</i>	130	<i>doxazosin mesylate</i>	58
<i>dicyclomine hydrochloride</i>	130	<i>doxepin hcl</i>	75
<i>diethylpropion hcl</i>	183	<i>doxepin hydrochloride</i>	75, 97, 174
<i>diethylpropion hcl er</i>	183	<i>doxercalciferol</i>	128
<i>diethylpropion hydrochloride</i>	183	<i>doxy 100</i>	41
<i>diethylpropion hydrochloride er</i>	183	<i>doxycycline</i>	41, 174
<i>differin</i>	183	<i>doxycycline hyclate</i>	41
DIFICID.....	38	<i>doxycycline monohydrate</i>	41
<i>diflunisal</i>	18	DRIZALMA.....	75
<i>difluprednate</i>	157	<i>dronabinol</i>	128
<i>digox</i>	69	<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	112
<i>digoxin</i>	69	<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate</i> <i>calcium</i>	112
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	98	DROXIA.....	139
DILANTIN	89	<i>droxidopa</i>	69, 70
DILANTIN-125	89	<i>dual action pain relief</i>	184
DILANTIN INFATABS	89	DUAVEE	121
<i>diltiazem</i>	66	DULERA	166
<i>diltiazem hcl</i>	66	<i>duloxetine hydrochloride dr</i>	75
DILTIAZEM HCL.....	66	DUPIXENT	140
<i>diltiazem hcl er</i>	66	<i>dutasteride</i>	134
<i>diltiazem hydrochloride</i>	66	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	134
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	66	E	
<i>dilt-xr</i>	65	EBGLYSS	140
DIMENHYDRINATE	128	<i>econazole nitrate</i>	169
<i>dimetane allergy relief</i>	183	<i>econtra ez</i>	184
<i>diphenhydramine hcl</i>	183	<i>econtra one-step</i>	184
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	162, 183	<i>ed-apap</i>	184
<i>diphenhydramine hydrochloride childrens allergy</i> <i>relief</i>	183	EDARBI	60
<i>diphenoxylate/atropine</i>	133	EDARBYCLOR.....	59
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	133	<i>ed chlorped jr</i>	184
<i>dipyridamole</i>	139		
<i>disopyramide phosphate</i>	61		
<i>disulfiram</i>	102		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
EDURANT	29	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	98
EDURANT PED	29	ERIVEDGE	48
<i>efavirenz</i>	29	ERLEADA.....	43
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	31	<i>erlotinib hydrochloride</i>	48
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	32	<i>errin</i>	113
<i>effer-k</i>	150	ERTACZO.....	169
<i>eletriptan hydrobromide</i>	98	<i>ertapenem sodium</i>	23
ELIGARD	43	<i>ery</i>	168
<i>elinest</i>	113	<i>erythromycin dr</i>	38
ELIQUIS	136	<i>erythromycin</i>	156, 168
ELIQUIS PAQ. INICIAL.....	136	<i>erythromycin base</i>	38
<i>eluyring</i>	113	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	168
EMEND.....	128	<i>erythromycin lactobionate</i>	38
EMSAM	75	ERZOFRI.....	82
<i>emtricitabine</i>	29	<i>escitalopram oxalate</i>	75, 76
<i>emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	32	ESCITALOPRAM OXALATE	75
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	32	<i>eslicarbazepine acetate</i>	89
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	32	<i>esomeprazole magnesium</i>	134
EMTRIVA.....	29	<i>esomeprazole sodium</i>	134
EMVERM.....	23	<i>estarylla</i>	113
<i>emzahh</i>	113	<i>estradiol</i>	121
<i>enalapril maleate</i>	58	<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	121
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	57	<i>estradiol valerate</i>	121
ENBREL	140	ESTRING.....	121
ENBREL MINI.....	140	<i>ethambutol hydrochloride</i>	33
ENBREL SURECLICK.....	140	<i>ethosuximide</i>	89
<i>endocet</i>	20	<i>ethynodiol</i>	113
ENERGIX-B.....	145	<i>etodolac</i>	18
<i>enilloring</i>	113	<i>etodolac er</i>	18
<i>enlyte</i>	184	<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i>	113
<i>enoxaparin sodium</i>	137	<i>etravirine</i>	29
ENSACOVE.....	48	EUCRISA.....	174
<i>enskyce</i>	113	EULEXIN	43
<i>entacapone</i>	79	<i>everolimus</i>	48, 144
<i>entecavir</i>	34	EVOTAZ	32
ENTRESTO	59	<i>exemestane</i>	43
<i>enulose</i>	131	EXTENCILLINE	40
EPCLUSA.....	34	EXXUA.....	76
EPIDIOLEX.....	89	EXXUA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS....	76
<i>epinastine hcl</i>	158	<i>eye itch relief</i>	184
<i>epinephrine</i>	164	EYSUVIS	160
<i>eplerenone</i>	58	<i>ezetimibe</i>	63
<i>epoprostenol sodium</i>	71	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	63
EPRONTIA	89	F	
<i>ergocalciferol</i>	184	<i>falmina</i>	113
		<i>famciclovir</i>	34

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>famotidine</i>	130, 184	<i>fleet pediatric enema</i>	184
<i>famotidine maximum strength</i>	184	<i>fleet stimulant</i>	184
<i>famotidine original strength</i>	184	<i>fleet stool softener</i>	184
<i>famotidine premixed</i>	130	<i>flotrex</i>	184
FANAPT	83	<i>fluconazole</i>	27
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS A82		<i>fluconazole in sodium chloride</i>	27
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS B83		<i>fluconazole/sodium chloride</i>	27
FANAPT PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS C83		<i>flucytosine</i>	27
FARXIGA	105	<i>fludrocortisone acetate</i>	122
FASENRA	164	<i>flunisolide</i>	165
<i>febuxostat</i>	17	<i>fluocinolone acetonide</i>	160, 172
<i>feirza 1.5/30</i>	113	<i>fluocinolone acetonide para el cuero cabelludo</i> .	172
<i>feirza 1/20</i>	113	<i>fluocinolone acetonide para el cuerpo</i>	172
<i>felbamate</i>	89	<i>fluocinonide</i>	172
<i>felodipine er</i>	66	<i>fluocinonide emulsified base</i>	172
<i>fenofibrate</i>	62	<i>fluoride</i>	150
<i>fenofibrate micronized</i>	62	<i>fluoridex daily defense</i>	176
<i>fenofibric acid dr</i>	62	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE	176
<i>fenoprofen calcium</i>	18	<i>fluorimax 5000</i>	176
FENOPROFEN CALCIUM	18	FLUORIMAX 5000 SENSITIVE	176
<i>fentanyl</i>	19	<i>fluorometholone</i>	157
<i>ferosul</i>	184	<i>fluorouracil</i>	174
<i>ferrous sulfate</i>	184	FLUOROURACIL	174
<i>fesoterodine fumarate er</i>	135	<i>fluoxetine dr</i>	76
FETZIMA	76	<i>fluoxetine hydrochloride</i>	76
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	76	<i>fluphenazine decanoate</i>	83
<i>feverall adults</i>	184	<i>fluphenazine hcl</i>	83
<i>feverall childrens supositorio</i>	184	<i>fluphenazine hydrochloride</i>	83
<i>feverall infants supositorio</i>	184	<i>flurbiprofen</i>	18
<i>feverall junior strength supositorio</i>	184	<i>flurbiprofen sodium</i>	157
<i>fe-vite iron</i>	184	<i>fluticasone</i>	167
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	184	<i>fluticasone propionate</i>	166, 172, 185
FIASP	103	<i>fluticasone propionate aerosol nasal allergy relief</i>	
FIASP FLEXTOUCH	103	24-hour	185
FIASP PENFILL	103	<i>fluticasone propionate/salmeterol</i>	167
FIASP PUMPCART	103	FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL	
<i>fidaxomicin</i>	38	HFA	167
<i>finasteride</i>	134	<i>fluvastatin</i>	62
<i>fingolimid hydrochloride</i>	100	<i>fluvastatin sodium er</i>	62
FINTEPLA	89	<i>fluvoxamine maleate</i>	72
<i>finzala</i>	113	<i>fluvoxamine maleate er</i>	72
FIRMAGON	43	<i>folic acid</i>	185
<i>first aid antiseptic pomada</i>	184	<i>foltrate</i>	185
<i>flac</i>	160	<i>fomepizole</i>	124
FLAREX	157	<i>fondaparinux sodium</i>	137
<i>flecainide acetate</i>	61	<i>fosamprenavir calcium</i>	29
<i>fleet enema</i>	184	<i>fosfomycin tromethamine</i>	23

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fosinopril sodium</i>	58	<i>ft miconazole 1 kit</i>	187
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	57	<i>ft miconazole 3 paq. combinado</i>	187
<i>fosphenytoin sodium</i>	89, 90	<i>ft miconazole 7</i>	187
FOTIVDA	48	<i>ft naloxone hydrochloride</i>	187
FRAGMIN	137	<i>ft naproxen sodium</i>	187
<i>fraiche 5000 dental</i>	176	<i>ft nicotine gum</i>	187
FRUZAQLA.....	48, 49	<i>ft nicotine mini pastilla</i>	187
<i>ft 7 day vaginal</i>	185	<i>ft nicotine pastilla</i>	187
<i>ft 8 hour pain relief</i>	185	<i>ft nicotine transdermal system/step 1/clear parche</i> 24 horas.....	187
<i>ft acid reducer</i>	185	<i>ft nicotine transdermal system/step 1 parche</i> 24 horas.....	187
<i>ft acid reducer + antacid dual action</i>	185	<i>ft nicotine transdermal system/step 2/clear parche</i> 24 horas.....	187
<i>ft acid reducer maximum strength</i>	185	<i>ft nicotine transdermal system/step 2 parche</i> 24 horas.....	187
<i>ft all day allergy</i>	185	<i>ft nicotine transdermal system/step 3/clear parche</i> 24 horas.....	187
<i>ft all day allergy 24 hour</i>	185	<i>ft nicotine transdermal system/step 3 parche</i> 24 horas.....	187
<i>ft all day allergy childrens</i>	185	<i>ft omeprazole</i>	187
<i>ft all day pain relief</i>	185	<i>ft pain & fever childrens</i>	187
<i>ft allergy childrens</i>	185	<i>ft pain & fever infants</i>	187
<i>ft allergy relief</i>	185	<i>ft pain relief</i>	187
<i>ft allergy relief 12 hour</i>	185	<i>ft pain relief adult extra strength</i>	187
<i>ft allergy relief 24 hour</i>	185	<i>ft pain relief extra strength</i>	187
<i>ft allergy relief 24 hr</i>	185	<i>ft pain reliever adults</i>	187
<i>ft allergy relief childrens</i>	185	<i>ft pain reliever children</i>	187
<i>ft antacid & antigas</i>	185	<i>ft pain reliever extra strength adult</i>	188
<i>ft antacid extra strength</i>	185	<i>ft povidone-iodine</i>	188
<i>ft antacid regular strength</i>	186	<i>ft rapid release pain relief</i>	188
<i>ft anti-diarrheal</i>	186	<i>ft stomach relief</i>	188
<i>ft antifungal cream</i>	186	<i>ft stool softener</i>	188
<i>ft arthritis pain reliever</i>	186	<i>ft tioconazole-1</i>	188
<i>ft aspirin</i>	186	<i>ft triple antibiotic pomada</i>	188
<i>ft aspirin adult low dose</i>	186	<i>furosemide</i>	68
<i>ft aspirin low dose</i>	186	FUZEON.....	29
<i>ft athletes foot cream</i>	186	<i>fyavolv</i>	121
<i>ft clotrimazole 3</i>	186	FYCOMPA	90
<i>ft dual action</i>	186	G	
<i>ft enema ready-to-use enema</i>	186	<i>gabapentin</i>	90
<i>ft enteric coated aspirin</i>	186	<i>galantamine hydrobromide</i>	73
<i>ft gentle laxative</i>	186	<i>galantamine hydrobromide er</i>	73
<i>ft ibuprofen</i>	186	<i>galbriela</i>	113
<i>ft ibuprofen childrens</i>	186	<i>gallifrey</i>	126
<i>ft ibuprofen ib childrens</i>	186	GAMASTAN.....	143
<i>ft ibuprofen infants</i>	186		
<i>ft ibuprofen minis</i>	186		
<i>ft itch relief/aloe maximum strength</i>	186		
<i>ft itch relief maximum strength</i>	186		
<i>ft laxative</i>	186		
<i>ft lice killing maximum strength</i>	187		
<i>ft lubricant eye drops</i>	187		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
GAMMAKED.....	143	<i>gnp allergy</i>	189
GAMUNEX-C.....	143	<i>gnp allergy antihistamine</i>	188
<i>ganciclovir</i>	34	<i>gnp allergy relief</i>	188, 189
GARDASIL 9	145	<i>gnp allergy relief childrens</i>	189
<i>gatifloxacin</i>	156	<i>gnp allergy relief maximum strength</i>	189
GATTEX	133	<i>gnp antacid and anti-gas/maximum strength</i>	189
<i>gavilyte-c</i>	131	<i>gnp antacid anti-gas/maximum strength</i>	189
<i>gavilyte-g</i>	131	<i>gnp antacid & anti-gas/regular strength</i>	189
<i>gavilyte-n/paquete saborizado</i>	131	<i>gnp antacid extra strength</i>	189
GAVRETO	49	<i>gnp antacid/regular strength</i>	189
<i>gefitinib</i>	49	<i>gnp anti-diarrheal</i>	189
<i>gemfibrozil</i>	62	<i>gnp arthritis pain relief</i>	189
GEMTESA.....	135	<i>gnp artificial tears</i>	189
<i>generlac</i>	132	<i>gnp aspirin</i>	189
<i>gengraf</i>	144	<i>gnp aspirin low dose</i>	189
GENOTROPIN	124	<i>gnp athletes foot</i>	189
GENOTROPIN MINIQUEL	124	<i>gnp budesonide aerosol nasal</i>	189
<i>gentamicin sulfate</i>	24, 156, 168	<i>gnp childrens allergy</i>	189
<i>gentamicin sulfate pediátrico</i>	23	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	189
<i>gentamicin sulfate/sodium chloride</i>	23	<i>gnp childrens pain relief</i>	190
<i>genteal severe tears</i>	188	<i>gnp clearlax</i>	190
<i>genteal tears night-time</i>	188	<i>gnp clotrimazole 3 crema</i>	190
<i>gentle laxative</i>	188	<i>gnp dual action pain reliever</i>	190
GENVOYA.....	32	<i>gnp fexofenadine hydrochloride</i>	190
GILOTRIF	49	<i>gnp fluticasone propionate</i>	190
<i>glatiramer acetate</i>	100	<i>gnp gentle laxative</i>	190
<i>glatopa</i>	100	<i>gnp gentle laxative supositorio</i>	190
GLEOSTINE	42	<i>gnp hydrocortisone</i>	190
<i>glimepiride</i>	105	<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	190
<i>glipizide</i>	106	<i>gnp hydrocortisone maximum strength</i>	190
<i>glipizide er</i>	106	<i>gnp hydrocortisone plus</i>	190
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	106	<i>gnp ibuprofen</i>	190
GLUCOSE (DEXTROSE) 50 %.....	154	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	190
GLUCOSE (DEXTROSE) 70 %.....	154	<i>gnp ibuprofen infants</i>	190
<i>glycopyrrolate</i>	130	<i>gnp iron</i>	190
GLYXAMBI	106	<i>gnp lansoprazole</i>	190
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	188	<i>gnp lice killing shampoo</i>	190
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	188	<i>gnp lice treatment</i>	190
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	188	<i>gnp loperamide hydrochloride</i>	190
<i>gnp acetaminophen</i>	188	<i>gnp loratadine</i>	190
<i>gnp acetaminophen/ibuprofen dual action</i>	188	<i>gnp loratadine childrens</i>	190
<i>gnp acid reducer</i>	188	<i>gnp lubricant eye drops</i>	191
<i>gnp acid reducer maximum strength</i>	188	<i>gnp miconazole 1 paq. combinado</i>	191
<i>gnp adapalene</i>	188	<i>gnp miconazole 3</i>	191
<i>gnp adult aspirin low strength</i>	188	<i>gnp miconazole 7</i>	191
<i>gnp all day allergy</i>	188	<i>gnp naloxone hydrochloride</i>	191
<i>gnp all day allergy childrens</i>	188	<i>gnp naproxen</i>	191

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp naproxen sodium</i>	191	<i>griseofulvin microsize</i>	27
<i>gnp nicotine gum</i>	191	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	27
<i>gnp nicotine mini pastilla</i>	191	<i>guanfacine</i>	96
<i>gnp nicotine polacrilex gum</i>	191	<i>guanfacine hydrochloride</i>	70
<i>gnp nicotine polacrilex pastilla</i>	191	<i>gvoke</i>	123
<i>gnp nicotine transdermal system patch</i>	191	<i>gvoke hypopen</i>	123
<i>gnp nicotine transdermal system step 2 patch</i> ..	191		
<i>gnp nighttime relief lubricant eye pomada</i>	191	H	
<i>gnp omeprazole</i>	191	HADLIMA	140
<i>gnp pain & fever childrens</i>	191	HADLIMA PUSHTOUCH	140
<i>gnp pain & fever infants</i>	191	HAEGARDA	139
<i>gnp pain relief</i>	191	<i>hailey 1.5/30</i>	113
<i>gnp pain relief extra strength</i>	191	<i>hailey 24 fe</i>	113
<i>gnp pink bismuth</i>	191	<i>hailey fe 1.5/30</i>	113
<i>gnp pink bismuth ultra strength</i>	191	<i>hailey fe 1/20</i>	113
<i>gnp stomach relief</i>	191	<i>halobetasol propionate</i>	172
<i>gnp stool softener</i>	191	<i>haloette</i>	114
<i>gnp tolnaftate</i>	191	<i>haloperidol</i>	83
<i>gnp triple antibiotic ointment</i>	191	<i>haloperidol decanoate</i>	83
<i>gnp womens gentle laxative</i>	192	<i>haloperidol lactate</i>	83
GOMEKLI	49	HAVRIX	145
<i>goodsense 24-hour allergy aerosol nasal</i>	192	<i>healthylax</i>	193
<i>goodsense all day allergy</i>	192	<i>heartburn relief</i>	193
<i>goodsense all day allergy childrens</i>	192	<i>heartburn relief extra strength</i>	193
<i>goodsense aller-ease</i>	192	<i>heartburn relief maximum strength</i>	193
<i>goodsense allergy relief</i>	192	<i>heather</i>	114
<i>goodsense allergy relief childrens</i>	192	<i>heparin sodium</i>	137
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	192	HEPARIN SODIUM	137
<i>goodsense arthritis pain</i>	192	HEPARIN SODIUM/D5W	137
<i>goodsense aspirin</i>	192	HEPARIN SODIUM/DEXTROSE	137
<i>goodsense dual action</i>	192	HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %	137
<i>goodsense dual action complete</i>	192	HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE	137
<i>goodsense first aid antibiotic pomada</i>	192	HEPLISAV-B	145
<i>goodsense ibuprofen</i>	192	HERNEXEOS	49
<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	192	HIBERIX	145
<i>goodsense ibuprofen infants</i>	192	<i>histaflex</i>	193
<i>goodsense lansoprazole</i>	192	<i>histex</i>	193
<i>goodsense lice killing creme rinse</i>	192	<i>histex pd</i>	193
<i>goodsense naproxen sodium</i>	192	HUMIRA	140
<i>goodsense nicotine</i>	192	HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO)	103
<i>goodsense nicotine polacrilex</i>	193	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	103
<i>goodsense nicotine polacrilex gum</i>	193	<i>hydralazine hydrochloride</i>	70
<i>goodsense pain & fever childrens</i>	193	<i>hydrochlorothiazide</i>	68
<i>goodsense pain & fever infants</i>	193	<i>hydrocodone</i>	21
<i>goodsense pain relief</i>	193	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	21
<i>goodsense pain relief extra strength</i>	193	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	21
<i>granisetron hydrochloride</i>	128	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	19

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	21	INCRELEX.....	124
<i>hydrocortisone</i>	122, 131, 173, 193	INCRUSE ELLIPTA.....	161
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	160	<i>indapamide</i>	68
<i>hydrocortisone/aloe maximum strength</i>	193	INFANRIX.....	146
<i>hydrocortisone maximum strength</i>	193	INLURIYO.....	43
<i>hydrocortisone maximum strength plus 12</i>		INLYTA.....	50
<i>moisturizers</i>	193	INQOVI.....	42
<i>hydrocortisone perianal</i>	174	INREBIC.....	50
<i>hydrocortisone sodium succinate</i>	122	INSULIN ASPART.....	104
<i>hydrocortisone valerate</i>	173	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	104
<i>hydromorphone hcl</i>	21	INSULIN ASPART PENFILL.....	104
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE.....	21	INTELENCE.....	29
<i>hydroxocobalamin</i>	193	<i>introvale</i>	114
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	143	INVEGA HAFYERA.....	83
<i>hydroxyurea</i>	45	INVEGA SUSTENNA.....	83, 84
<i>hydroxyzine</i>	162	INVEGA TRINZA.....	84
<i>hydroxyzine hcl</i>	162	<i>inyección de electrolitos múltiples tipo 1</i>	149
<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	162, 163	IPOL INACTIVADA IPV.....	146
<i>hydroxyzine pamoate</i>	163	<i>ipratropium bromide</i>	161, 162
HYRNUO.....	49	<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	161
I		<i>irbesartan</i>	60
<i>ibandronate sodium</i>	109	<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	59
IBRANCE.....	49	<i>iron drops</i>	193
IBTROZI.....	49	<i>iron infant & toddler</i>	194
<i>ibu</i>	18	<i>iron infant/toddler</i>	194
<i>ibuprofen</i>	18, 193	ISENTRESS.....	29
<i>ibuprofen childrens</i>	193	ISENTRESS HD.....	29
<i>ibuprofen infants</i>	193	<i>isibloom</i>	114
<i>ibuprofen junior strength</i>	193	ISOLYTE-P/DEXTROSE 5 %.....	148
<i>icatibant acetate</i>	139	ISOLYTE-S.....	148
<i>iclevia</i>	114	ISOLYTE-S PH 7.4.....	148
ICLUSIG.....	49	<i>isoniazid</i>	33
IDHIFA.....	49	<i>isosorbide dinitrate</i>	70
IDVYNISO.....	32	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	70
<i>imatinib mesylate</i>	49	<i>isosorbide mononitrate er</i>	70
IMBRUVICA.....	49, 50	<i>isotonic gentamicin</i>	24
<i>imcivree</i>	193	<i>isotretinoin</i>	168
<i>imipenem/cilastatin</i>	24	<i>isradipine</i>	66
<i>imipramine hcl</i>	76	ITOVEBI.....	50
<i>imipramine hydrochloride</i>	76	<i>itraconazole</i>	27
<i>imiquimod</i>	174	<i>ivabradine hydrochloride</i>	70
IMIQUIMOD PUMP.....	174	<i>ivermectin</i>	24
IMKELDI.....	50	IWILFIN.....	46
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	145	IXIARO.....	146
INBRIJA.....	79	J	
<i>incassia</i>	114	<i>jaimiess</i>	114

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
JAKAFI	50	KINRIX.....	146
<i>jantoven</i>	138	<i>kionex</i>	110
JANUMET.....	106	KISQALI.....	50
JANUMET XR.....	106	<i>klayesta</i>	169
JANUVIA.....	106	<i>klor-con</i>	151
JARDIANCE	106	<i>klor-con 8</i>	150
<i>jasmiel</i>	114	<i>klor-con 10</i>	150
<i>javygtor</i>	124	<i>klor-con/ef</i>	150
JAYPIRCA	50	<i>klor-con m10</i>	150
<i>jencycla</i>	114	<i>klor-con m15</i>	150
JENTADUETO	106	<i>klor-con m20</i>	150
JENTADUETO XR.....	106	KLOXXADO	102
<i>jinteli</i>	121	KOMZIFTI.....	50
JOLESSA.....	114	KOSELUGO	50
JOURNAVX	17	<i>kourzeq</i>	176
<i>juleber</i>	114	<i>k-phos</i>	194
JULUCA.....	32	<i>k-phos neutral</i>	194
<i>junel 1.5/30</i>	114	KRAZATI.....	50
<i>junel 1/20</i>	114	<i>kristalose</i>	132
<i>junel fe 1.5/30</i>	114	<i>kurvelo</i>	115
<i>junel fe 1/20</i>	114		
<i>junel fe 24</i>	114	L	
<i>just right 5000</i>	176	<i>labetalol hydrochloride</i>	64
JYLAMVO.....	143	<i>lacosamide</i>	90
JYNARQUE	126	<i>lactated ringers</i>	149
JYNNEOS.....	146	<i>lactulose</i>	132
K		<i>lamivudine</i>	29, 30, 34
<i>kaitlib fe</i>	114	<i>lamivudine/zidovudine</i>	32
KALETRA	32	<i>lamotrigine</i>	91
<i>kalliga</i>	114	<i>lamotrigine er</i>	90
KALYDECO	164	<i>lamotrigine kit inicial/azul</i>	90
<i>kariva</i>	115	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	90
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %.....	149	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	90
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %.....	149	<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	90
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %.....	149	<i>lansoprazole</i>	134, 194
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %.....	149	LANTUS	104
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %.....	149	LANTUS SOLOSTAR	104
KCL 0.075 %/D5W/NACL 0.45 %.....	149	<i>lapatinib ditosylate</i>	51
KEIMPTA	100	<i>larin 1.5/30</i>	115
<i>kelnor 1/35</i>	115	<i>larin 1/20</i>	115
KERENDIA	58	<i>larin 24 fe</i>	115
<i>ketoconazole</i>	27, 169	<i>larin fe 1.5/30</i>	115
<i>ketodan</i>	169	<i>larin fe 1/20</i>	115
<i>ketorolac tromethamine</i>	19, 157	<i>latanoprost</i>	159
<i>ketotifen fumarate</i>	194	LAZCLUZE	51
KINERET	140	<i>leflunomide</i>	143
		<i>lenalidomide</i>	45

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LENTOCILIN	40	<i>lidocaine/prilocaine</i>	173
LENVIMA 4 MG DOSIS DIARIA	51	<i>lidocaine viscous</i>	176
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA	51	<i>lidocan</i>	173
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA	51	LIFYORLI	44
LENVIMA 12 MG DOSIS DIARIA	51	LILETTA DISPOSITIVO INTRAUTERINO	115
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA	51	<i>linezolid</i>	24
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA	51	LINEZOLID	24
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA	51	LINZESS	133
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA	51	<i>liomny</i>	127
<i>lessina</i>	115	<i>liothyronine sodium</i>	127
<i>letrozole</i>	44	<i>líquido allergy relief</i>	194
<i>leucovorin calcium</i>	46	<i>liraglutide</i>	194
LEUKERAN	42	<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	96
<i>leuprolide acetate</i>	44	<i>lisinopril</i>	58
<i>levalbuterol</i>	163	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	57
<i>levalbuterol hcl</i>	163	<i>lithium</i>	99
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	163	<i>lithium carbonate</i>	99
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	163	<i>lithium carbonate er</i>	99
<i>levetiracetam</i>	91	LIVTENCITY	34
LEVETIRACETAM	91	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	115
<i>levetiracetam er</i>	91	<i>loestrin 1/20-21</i>	116
<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	91	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	116
LEVETIRACETAM/SODIUM CHLORIDE	91	<i>loestrin fe 1/20</i>	116
<i>levobunolol hcl</i>	159	<i>lojaimiess</i>	116
<i>levocarnitine</i>	125	LOKELMA	110
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	163	<i>lomaira</i>	194
<i>levofloxacin</i>	39, 156	<i>lomustine</i>	42
<i>levofloxacin in d5w</i>	39	LONSURF	42
<i>levonest</i>	115	<i>loperamide hydrochloride</i>	133, 194
<i>levonorgestrel</i>	194	<i>lopinavir/ritonavir</i>	32
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	115	<i>loratadine</i>	194
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	115	<i>loratadine childrens</i>	194
<i>levora 0.15/30-28</i>	115	<i>loratadine odt</i>	194
<i>levo-t</i>	127	<i>lorazepam</i>	73
LEVOTHYROCINE	127	<i>lorazepam intensol</i>	73
<i>levothyroxine sodium</i>	127	LORBRENA	51
LEVOTHYROXINE SODIUM	127	<i>loryna</i>	116
<i>levoxyl</i>	127	<i>losartan potassium</i>	60
<i>l-glutamine</i>	139	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	59
LIBERVANT	91	LOTEMAX	158
<i>lice killing champú maximum strength</i>	194	LOTEMAX SM	158
<i>lidocaine</i>	17, 173, 194	<i>loteprednol</i>	155
<i>lidocaine hcl</i>	61	<i>loteprednol etabonate</i>	158
LIDOCAINE HCL	61	<i>lotrimin af</i>	194
LIDOCAINE HCL IN D5W	61	<i>lovastatin</i>	62
<i>lidocaine hydrochloride al 2 %</i>	17	<i>low-ogestrel</i>	116
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	176	<i>loxapine</i>	84

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lo-zumandimine</i>	115	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	116, 126
<i>lubiprostone</i>	133	<i>mefloquine hydrochloride</i>	28
<i>lubricant eye drops</i>	194	<i>megestrol acetate</i>	44, 126
<i>lubrifresh pm</i>	194	MEKINIST	52
<i>lubrifresh p.m. pomada</i>	194	MEKTOVI	52
<i>luizza 1.5/30</i>	116	<i>meleya</i>	116
<i>luizza 1/20</i>	116	<i>meloxicam</i>	19
LUMAKRAS	51	<i>memantine hcl paquete de ajuste de la dosis</i>	73
LUMIGAN	159	<i>memantine hydrochloride</i>	73
LUPRON DEPOT	44	<i>memantine hydrochloride er</i>	73
LUPRON DEPOT-PED	125	MENQUADFI	146
<i>lurasidone hydrochloride</i>	84	MENVEO	146
<i>lutra</i>	116	<i>mercaptopurine</i>	42
LYBALVI	84	<i>meropenem</i>	24
<i>lyleq</i>	116	<i>mesalamine</i>	131
<i>lyllana</i>	121	<i>mesalamine dr</i>	131
LYNPARZA	51	<i>mesna</i>	46
LYSODREN	44	<i>metformin hydrochloride</i>	107
LYTGOBI	51, 52	<i>metformin hydrochloride er</i>	106, 107
<i>lyza</i>	116	<i>methadone hcl</i>	19, 20
M		<i>methadone hydrochloride</i>	20
<i>macitentan</i>	71	<i>methazolamide</i>	68
<i>mag-al</i>	195	<i>methenamine hippurate</i>	24
<i>mag-al líquido</i>	194	<i>methenamine mandelate</i>	24
<i>mag-al plus</i>	194	<i>methergine</i>	125
<i>mag-al plus liquid</i>	194	<i>methimazole</i>	127
<i>mag-al plus xs</i>	194	<i>methotrexate</i>	43
<i>magnesium</i>	149	<i>methotrexate sodium</i>	42, 43, 143
<i>magnesium hydroxide/aluminum hydroxide/</i> <i>simethicone</i>	195	<i>methoxsalen</i>	170
<i>magnesium oxide</i>	195	<i>methscopolamine bromide</i>	130
MAGNESIUM SULFATE	149	<i>methsuximide</i>	91
<i>malathion</i>	175	<i>methylergonovine maleate</i>	125
<i>manganese chloride</i>	195	<i>methylphenidate</i>	96
<i>manganese trace metal</i>	195	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	97
<i>mapap</i>	195	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	96, 97
<i>mapap childrens</i>	195	METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER	97
<i>maraviroc</i>	30	<i>methylprednisolone</i>	123
<i>marlissa</i>	116	<i>methylprednisolone acetate</i>	122
MARPLAN	76	<i>methylprednisolone paq. de dosis</i>	122
MATULANE	46	<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	122
<i>matzim</i>	66	<i>methyltestosterone</i>	102
MAVYRET	34	<i>metoclopramide hcl</i>	128
<i>m-dryl</i>	195	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	129
<i>meclizine hcl</i>	128	<i>metolazone</i>	68
<i>meclizine hydrochloride</i>	128	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	64
		<i>metoprolol succinate er</i>	65
		<i>metoprolol tartrate</i>	65

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>metronidazole</i>	24, 174, 175	MRESVIA.....	146
<i>metronidazole vaginal</i>	136	MULTAQ	61
<i>metirosine</i>	70	<i>multi vitamin/fluoride</i>	151
<i>mibelas 24 fe</i>	116	<i>multivitamin/fluoride</i>	151
<i>micafungin</i>	27	<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	151
<i>miconazole 3</i>	136	<i>mupirocin</i>	168
<i>miconazole 3 paq. combinado</i>	195	<i>mycamine</i>	27
<i>miconazole 7</i>	195	<i>my choice</i>	195
<i>miconazole nitrate</i>	195	<i>mycophenolate mofetil</i>	144
<i>miconazole nitrate paq. combinado</i>	195	<i>mycophenolic acid dr</i>	144
<i>micotrin ac</i>	195	<i>mycozyl ac</i>	195
<i>microgestin 1.5/30</i>	116	MYRBETRIQ	135
<i>microgestin 1/20</i>	116	<i>my way</i>	195
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	116	N	
<i>microgestin fe 1/20</i>	117	<i>nabumetone</i>	19
<i>midodrine hydrochloride</i>	70	<i>nadolol</i>	65
MIEBO	160	<i>naftillin sodium</i>	40
<i>miglitol</i>	107	<i>naloxone hcl</i>	102
<i>mili</i>	117	<i>naloxone hydrochloride</i>	102, 195
<i>mimvey</i>	121	NAMZARIC.....	74
<i>minocycline hcl</i>	41	<i>naproxen</i>	19
<i>minocycline hydrochloride</i>	41	<i>naproxen dr</i>	19
<i>minoxidil</i>	70	<i>naproxen sodium</i>	19, 195
<i>mintox maximum strength</i>	195	<i>naratriptan</i>	98
<i>mirtazapine</i>	77	<i>nascobal</i>	195
<i>mirtazapine tabs. bucodispersables</i>	77	NATACYN.....	156
<i>misoprostol</i>	133	<i>nateglinide</i>	107
M-M-R II.....	146	NAYZILAM.....	91
M-NATAL PLUS	151	<i>nebivolol hydrochloride</i>	65
<i>modafinil</i>	101	<i>necon 0.5/35-28</i>	117
MODEYSO	46	<i>nefazodone hydrochloride</i>	77
<i>moexipril hydrochloride</i>	58	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin</i>	156
<i>molindone hydrochloride</i>	84	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i> ..	155
<i>mometasone furoate</i>	166, 173	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	155
<i>mondoxylene nl</i>	42	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	156
<i>mono-linyah</i>	117	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	160
<i>montelukast sodium</i>	164	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	155, 161
<i>morphine</i>	21	<i>neomycin sulfate</i>	24
<i>morphine sulfate</i>	21	NEONATAL PLUS	151
MORPHINE SULFATE	21	<i>neo-polycin</i>	156
<i>morphine sulfate er</i>	20	<i>neo-polycin hc</i>	155
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	20	<i>nephplex rx</i>	195
MOUNJARO	107	NERLYNX.....	52
MOVANTIK.....	133	NEUDEXTA	99
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	39, 156	<i>nevirapine</i>	30
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	39	<i>nevirapine er</i>	30
<i>m-pap</i>	195		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>new day</i>	195	<i>norethindrone acetate</i>	126
NEXLETOL	63	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	117, 121
NEXLIZET	63	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	117
NEXPLANON	117	<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous</i>	117
<i>niacin</i>	63	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	117
<i>niacin er</i>	63	NORITATE	175
<i>niacin sr</i>	195	<i>norlyroc</i>	117
<i>niacro</i>	63	NORPACE CR	61
<i>nicardipine hcl</i>	66	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	117
<i>nicotine</i>	195	<i>nortrel 1/35</i>	117, 118
<i>nicotine mini lozenge</i>	196	<i>nortrel 7/7/7</i>	118
<i>nicotine polacrilex</i>	196	<i>nortriptyline hcl</i>	77
<i>nicotine polacrilex mini</i>	196	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	77
<i>nicotine transdermal system kit</i>	196	NORVIR	30
<i>nicotine transdermal system patch</i>	196	NOVOLIN 70/30	104
<i>nicotine transdermal system step 1/clear patch</i>	196	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	104
<i>nicotine transdermal system step 1 patch</i>	196	NOVOLIN N	104
<i>nicotine transdermal system step 2/clear patch</i>	196	NOVOLIN N FLEXPEN	104
<i>nicotine transdermal system step 2 patch</i>	196	NOVOLIN R	104
<i>nicotine transdermal system step 3 patch</i>	196	NOVOLIN R FLEXPEN	104
<i>nicotine transdermal syststem step 3/parche transparente 24 hour</i>	196	NOVOLOG	105
NICOTROL NS	102	NOVOLOG FLEXPEN	104
<i>nifedipine er</i>	67	NOVOLOG FLEXPEN RELION	104
<i>nighttime relief lubricant eye pomada</i>	196	NOVOLOG MIX 70/30	104
<i>nikki</i>	117	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	104
<i>nilotinib</i>	52	NOVOLOG PENFILL	105
NILOTINIB	52	NOVOLOG RELION	105
<i>nilutamide</i>	44	NUBEQA	44
NINLARO	52	NULOJIX	144
<i>nintedanib</i>	164	NUPLAZID	84
<i>nisoldipine</i>	67	NURTEC	98
<i>nitazoxanide</i>	24	NUTRILIPID	154
<i>nitisinona</i>	125	NUZYRA	42
NITRO-BID	70	<i>nyamyc</i>	169
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	25	<i>nylia 1/35</i>	118
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	25	<i>nylia 7/7/7</i>	118
<i>nitroglycerin</i>	71, 175	<i>nystatin</i>	27, 169, 170, 176
NITROGLYCERIN	71	<i>nystop</i>	170
<i>nitroglycerin parche transdérmico</i>	71	O	
<i>nitroglycerin translingual</i>	71	OCTAGAM	143
<i>niva-fol</i>	196	<i>octreotide acetate</i>	125
NIVA-PLUS	151	ODEFSEY	32
<i>nizatidine</i>	130	ODMZO	52
NORA-BE	117	OFEV	165
<i>norelgestromin/ethinyl estradiol</i>	117	<i>ofloxacin</i>	156, 161
<i>norethindrone</i>	117		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OGSIVEO	52	<i>pain & fever childrens</i>	196
OJEMDA.....	52	<i>pain & fever infants</i>	196
OJJAARA.....	52	<i>paliperidone er</i>	85
<i>olanzapine</i>	84	<i>pamidronate disodium</i>	109
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	84	PAMIDRONATE DISODIUM.....	109
<i>olmesartan medoxomil</i>	60	PANRETIN.....	175
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/ hydrochlorothiazide</i>	59	<i>pantoprazole sodium</i>	134
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	59	<i>paricalcitol</i>	128
<i>olopatadine hcl</i>	163	<i>paroxetine hcl</i>	77
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	63	<i>paroxetine hcl er</i>	77
<i>omeprazole</i>	134, 196	<i>paroxetine hydrochloride</i>	77
<i>omeprazole dr</i>	134	PAXLOVID	34
<i>omeprazole magnesium</i>	196	<i>pazopanib</i>	53
ONCASPAR.....	46	<i>pazopanib hydrochloride</i>	53
<i>ondansetron hcl</i>	129	<i>pc pediatric iron drops</i>	197
<i>ondansetron hydrochloride</i>	129	<i>pediaclear pd childrens</i>	197
<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i>	129	PEDIARIX.....	146
ONUREG.....	43	<i>pediavent</i>	197
<i>opcicon one-step</i>	196	PEDVAXHIB	146
OPIPZA.....	85	<i>peg 3350</i>	197
<i>option 2</i>	196	<i>peg-3350/electrolytes</i>	132
<i>oralone pasta dental</i>	177	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	132
ORGOVYX	44	PEGASYS	35
ORKAMBI	165	PEMAZYRE.....	53
<i>orlistat</i>	196	PENBRAYA.....	146
<i>orquidea</i>	118	<i>penicillamine</i>	110
ORSERDU.....	44	<i>penicillin g potassium</i>	40
<i>orsythia</i>	118	PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE.....	40
<i>oseltamivir phosphate</i>	34	<i>penicillin g sodium</i>	41
OSPOMYV	109	<i>penicillin v potassium</i>	41
<i>oxacillin sodium</i>	40	PENMENVY	146
<i>oxaprozin</i>	19	PENTACEL.....	146
<i>oxazepam</i>	73	<i>pentamidine isethionate</i>	25
<i>oxcarbazepine</i>	91	<i>pentoxifylline er</i>	139
<i>oxybutynin chloride</i>	135	<i>perampanel</i>	91, 92
<i>oxybutynin chloride er</i>	135	<i>perindopril erbumine</i>	58
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	22	<i>periogard</i>	177
<i>oxycodone hcl</i>	21	<i>permethrin</i>	175
<i>oxycodone hydrochloride</i>	22	<i>perphenazine</i>	85
<i>oyster shell calcium</i>	196	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	77
<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	196	<i>phendimetrazine tartrate</i>	197
OZEMPIC	107	<i>phendimetrazine tartrate er</i>	197
P		<i>phenelzine sulfate</i>	77
<i>pacerone</i>	61	<i>phenobarbital</i>	92
<i>pain and fever relief kids</i>	196	<i>phenobarbital sodium</i>	92
		<i>phentermine hcl</i>	197

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>phentermine hydrochloride</i>	197	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM	
<i>phentermine/topiramate er</i>	197	CHLORIDE	149
<i>phenytek</i>	92	<i>potassium chloride er</i>	152
<i>phenytoin</i>	92	<i>potassium citrate er</i>	135
<i>phenytoin sodium</i>	92	<i>povidone-iodine</i>	197
<i>phenytoin sodium extended</i>	92	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	80
<i>philith</i>	118	<i>prasugrel hydrochloride</i>	140
<i>phospha 250 neutral</i>	197	<i>pravastatin sodium</i>	62
PHOSPHOLINE IODIDE	159	<i>praziquantel</i>	25
<i>phospho-trin 250 neutral</i>	197	<i>prazosin hydrochloride</i>	58
<i>phospho-trin k500</i>	197	<i>prednisolone</i>	123
<i>phytonadione</i>	197	<i>prednisolone acetate</i>	158
PIFELTRO	30	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	123
<i>pilocarpine hcl</i>	159	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	158
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	159, 177	<i>prednisone</i>	123
<i>pimecrolimus</i>	175	PREDNISONE INTENSOL	123
<i>pimozide</i>	85	<i>prednisone tableta paq. de tratamiento</i>	123
<i>pimtea</i>	118	<i>pregabalin</i>	92
<i>pindolol</i>	65	<i>pregabalin er</i>	99
<i>pioglitazone hcl</i>	107	PREGABLIN	92
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	107	PREMARIN	122
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	107	PREMASOL	154
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	107	PREMPRO	122
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	41	PRENATAL	152
PIQRAY 200 MG DOSIS DIARIA	53	PRENATAL PLUS VITAMIN AND MINERAL	152
PIQRAY 250 MG DOSIS DIARIA	53	PRETOMANID	33
PIQRAY 300 MG	53	<i>prevacid 24hr</i>	197
<i>pirfenidone</i>	165	<i>prevalite</i>	63
<i>piroxicam</i>	19	PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	177
<i>plan b one-step</i>	197	PREVYMIS	35
<i>plenamine</i>	154	PREZCOBIX	32
PLENVU	132	PREZISTA	30
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	152	PRIFTIN	33
<i>podofilox</i>	175	<i>primaquine phosphate</i>	28
<i>polycin pomada</i>	157	<i>primidone</i>	92
<i>polyethylene glycol 3350</i>	197	PRIORIX	146
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	157	PRIVIGEN	143
<i>polyvinyl alcohol</i>	197	<i>probenecid</i>	17
<i>pomalidomide</i>	45	<i>probenecid/colchicine</i>	17
POMALYST	45	<i>prochlorperazine</i>	129
<i>portia-28</i>	118	<i>prochlorperazine edisylate</i>	129
<i>posaconazole</i>	27	<i>prochlorperazine maleate</i>	129
<i>posaconazole dr</i>	27	PROCRIT	138
<i>potassium</i>	149	<i>proctocort</i>	175
<i>potassium chloride</i>	149, 152	<i>procto-med hc</i>	175
POTASSIUM CHLORIDE	149	<i>proctosol hc</i>	175
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	149	<i>proctozone-b</i>	197

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>proctozone-hc</i>	175	<i>qc famotidine acid reducer</i>	198
<i>progesterone</i>	126	<i>qc famotidine acid reducer maximum strength</i> ...	198
PROGRAF.....	144	<i>qc gentle laxative</i>	198
PROLASTIN-C	165	<i>qc hydrocortisone maximum strength</i>	199
<i>promethazine hcl</i>	129	<i>qc ibuprofen</i>	199
<i>promethazine hydrochloride</i>	129	<i>qc ibuprofen childrens</i>	199
<i>promethegan</i>	129	<i>qc lansoprazole</i>	199
<i>propafenone hcl</i>	61	<i>qc laxative</i>	199
<i>propafenone hydrochloride</i>	61	<i>qc miconazole 7</i>	199
<i>propafenone hydrochloride er</i>	61	<i>qc naproxen sodium</i>	199
<i>proparacaine hcl</i>	160	<i>qc omeprazole magnesium</i>	199
<i>propranolol hcl</i>	65	<i>qc pain relief</i>	199
<i>propranolol hydrochloride</i>	65	<i>qc pain relief childrens</i>	199
<i>propranolol hydrochloride er</i>	65	<i>qc pain relief extra strength</i>	199
<i>propylthiouracil</i>	127	<i>qc stomach relief</i>	199
PROQUAD	146	<i>qc stomach relief ultra</i>	199
PROSOL.....	154	<i>qc triple antibiotic</i>	199
<i>protriptyline hcl</i>	77	QINLOCK	53
PULMOZYME.....	165	QUADRACEL	146
PURIXAN.....	43	<i>quetiapine fumarate</i>	85
PYCHIVA.....	141	<i>quetiapine fumarate er</i>	85
<i>pyrazinamide</i>	33	<i>quinapril hydrochloride</i>	58
<i>pyridostigmine bromide</i>	99	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	57
<i>pyridostigmine bromide er</i>	99	<i>quinidine sulfate</i>	61
<i>pyridoxine hcl</i>	197	<i>quinine sulfate</i>	28
<i>pyrimethamine</i>	25	QULIPTA.....	98
PYZCHIVA.....	141		
Q		R	
<i>qc 8 hour arthritis pain</i>	197	RABAVERT.....	146
<i>qc 8 hour pain relief</i>	197	<i>rabeprazole sodium</i>	134
<i>qc allergy relief</i>	198	RALDESY	77
<i>qc allergy relief childrens</i>	198	<i>raloxifene hydrochloride</i>	125
<i>qc antacid</i>	198	<i>ramipril</i>	58
<i>qc antacid/anti-gas</i>	198	<i>ranolazine er</i>	70
<i>qc antacid extra strength</i>	198	<i>rasagiline mesylate</i>	80
<i>qc antacid maximum strength</i>	198	<i>reclipsen</i>	118
<i>qc antacid ultra strength</i>	198	RECOMBIVAX HB.....	147
<i>qc anti-diarrheal</i>	198	<i>refresh celluvisc</i>	199
<i>qc antifungal cream</i>	198	<i>refresh lacri-lube</i>	199
<i>qc artificial tears</i>	198	<i>refresh liquigel</i>	199
<i>qc aspirin</i>	198	<i>refresh optive mega-3 pf</i>	199
<i>qc aspirin low dose</i>	198	<i>refresh plus</i>	199
<i>qc clotrimazole</i>	198	<i>refresh tears</i>	199
<i>qc dual action pain reliver</i>	198	RELENZA DISKHALER.....	35
<i>qc enema</i>	198	<i>renal caps</i>	199
<i>qc enteric aspirin</i>	198	<i>reno caps</i>	199
		<i>repaglinide</i>	107, 108

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
REPATHA PUSHTRONEX	63	<i>roweepra</i>	92
REPATHA SURECLICK.....	64	ROZLYTREK	53, 54
REPATHAT	64	ROZLYTREK	54
RESTASIS	160	RUBRACA	54
RESTASIS MULTIDOSE	160	<i>rufinamide</i>	92, 93
RETEVMO.....	53	RUKOBIA.....	30
REVCovi	125	RYBELSUS	108
REVUFORJ	53	RYDAPT	54
REXTOVY	102	S	
REXULTI.....	85	<i>sacubitril/valsartan</i>	60
REYATAZ.....	30	<i>sajazir</i>	139
REZDIFFRA.....	125	SANTYL.....	175
REZLIDHIA.....	53	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	125
REZUROCK	144	<i>saxenda</i>	200
RHOPRESSA.....	159	SCEMBLIX	54
<i>ribavirin</i>	35	<i>scopolamine parche</i>	130
<i>rifabutin</i>	33	SECUADO.....	86
<i>rifampin</i>	33	<i>selegiline hcl</i>	80
<i>rilpivirine</i>	30	<i>selenium sulfide</i>	170
<i>riluzole</i>	100	SELZENTRY	30
<i>rimantadine</i>	35, 79	SEREVENT DISKUS.....	164
RINGERS INYECCIÓN	150	<i>sertraline hcl</i>	77, 78
RINVOQ	141	<i>sertraline hydrochloride</i>	78
RINVOQ LQ.....	141	<i>setlakin</i>	118
<i>risedronate sodium</i>	109	<i>sf 177</i>	
<i>risedronate sodium dr</i>	109	<i>sharobel</i>	118
<i>risperidone</i>	86	SHINGRIX	147
<i>risperidone er</i>	85	SIGNIFOR	125
<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	85, 86	SIKLOS.....	139
<i>ritonavir</i>	30	<i>sildenafil</i>	71
<i>rivaroxaban</i>	138	<i>sildenafil citrate</i>	71
<i>rivastigmine tartrate</i>	74	<i>silodosin</i>	135
<i>rivastigmine transdermal</i>	74	<i>silver sulfadiazine</i>	168
<i>rizatriptan benzoate</i>	98	SIMBRINZA.....	159
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	98	<i>simliya</i>	118
ROCKLATAN	159	<i>simvastatin</i>	62
<i>roflumilast</i>	165	<i>sirolimus</i>	144, 145
<i>romidepsin</i>	53	SIRTURO	33
ROMIDEPSIN.....	53	<i>sitagliptin</i>	108
ROMVIMZA	53	SIVEXTRO	25
<i>ropinirole er</i>	80	SKYRIZI.....	141
<i>ropinirole hcl</i>	80	SKYRIZI PEN	141
<i>ropinirole hydrochloride</i>	80	<i>slow-mag</i>	200
<i>rosuvastatin calcium</i>	62	<i>slowmag mg muscle/heart</i>	200
<i>rosyrah</i>	118	<i>sm 3-day vaginal</i>	200
ROTARIX.....	147	<i>sm anti-diarrheal</i>	200
ROTATEQ.....	147		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm antifungal tolnaftate</i>	200	<i>sronyx</i>	118
<i>sm aspirin low dose</i>	200	SSD	168
<i>sm childrens ibuprofen</i>	200	STELARA	141
<i>sm enema</i>	200	STIVARGA	54
<i>sm hydrocortisone maximum strength</i>	200	<i>stomach relief</i>	200
<i>sm ibuprofen</i>	200	<i>stomach relief extra strength</i>	200
<i>sm miconazole 7</i>	200	<i>stomach relief ultra</i>	200
<i>sm nicotine polacrilex</i>	200	<i>stool softener</i>	200
<i>sm nicotine polacrilex gum</i>	200	<i>streptomycin sulfate</i>	25
<i>sm nicotine transdermal system/step 2/clear</i>		STRIBILD	32
<i>patch</i>	200	<i>strovite forte</i>	200
<i>smooth antacid extra strength</i>	200	<i>strovite one</i>	201
<i>sodium bicarbonate</i>	150, 200	<i>subvenite</i>	93
SODIUM BICARBONATE	150	SUBVENITE	93
<i>sodium chloride</i>	150	<i>subvenite kit inicial/azul</i>	93
SODIUM CHLORIDE	150	<i>subvenite starter kit/green</i>	93
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	176	<i>subvenite starter kit/orange</i>	93
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	150	<i>sucalfate</i>	133
<i>sodium fluoride</i>	152	<i>sulfacetamide sodium</i>	157, 168
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	177	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i>	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM SENSITIVE	177	<i>phosphate</i>	155
<i>sodium fluoride 5000 ppm sequedad bucal</i>	177	<i>sulfadiazine</i>	25
SODIUM FLUORIDE/POTASSIUM NITRATE/		<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	25
SENSITIVE	177	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	25
<i>sodium oxybate</i>	101	SULFAMYLON	169
<i>sodium phenylbutyrate</i>	126	<i>sulfasalazine</i>	131
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	110	<i>sulindac</i>	19
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/		<i>sumatriptan</i>	98
MAGNESIUM SULFATE	132	<i>sumatriptan succinate</i>	98
<i>solifenacin succinate</i>	135	<i>sumatriptan succinate resurtido</i>	98
SOLQUA 100/33	105	<i>sunitinib</i>	54
SOLTAMOX	44	SUNLENCA	30
SOLU-CORTEF	123	SUNLENCA PAQUETE DE TRATAMIENTO	
<i>soluvita</i>	200	TABLETA	30
SOMATULINE DEPOT	126	SUPREP KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	132
SOMAVERT	126	SUTAB	132
<i>sorafenib tosylate</i>	54	<i>syeda</i>	118
<i>sotalol hcl</i>	61	SYMLINPEN 60	108
<i>sotalol hydrochloride</i>	62	SYMLINPEN 120	108
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	61	SYMPAZAN	93
SOTYKTU	141	SYMTUZA	32
SPIRIVA RESPIMAT	162	SYNAREL	126
<i>spironolactone</i>	58	SYNTHROID	127
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	69	<i>systane night gel</i>	201
<i>sprintec 28</i>	118	<i>systane nighttime</i>	201
SPRITAM	93		
<i>sps</i>	110		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
T			
TABLOID	43	<i>tiadylt er</i>	67
TABRECTA	54	<i>tiagabine hydrochloride</i>	93
<i>tacrolimus</i>	145, 175	TIBSOSVO	55
<i>tadalafil</i>	71, 135	<i>ticagrelor</i>	140
TAFINLAR	54	TICOVAC	147
TAGRISSO	54	<i>tigecycline</i>	42
<i>take action</i>	201	<i>tilia fe</i>	119
TALZENNA	54	<i>timolol maleate</i>	65, 159
<i>tamoxifen citrate</i>	45	<i>tinidazole</i>	25
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	135	<i>tioconazole 1</i>	201
<i>tarina 24 fe</i>	119	TIVICAY	31
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	119	TIVICAY PD	31
<i>tasimelteon</i>	97	<i>tizanidine hcl</i>	101
TAVNEOS	139	<i>tizanidine hydrochloride</i>	101
<i>tazarotene</i>	170	<i>tm-clotrimazole</i>	201
<i>tazicef</i>	37	TOBI PODHALER	25
TECVAYLI	54	TOBRADEX	155
TEFLARO	37	TOBRADEX ST	155
<i>telmisartan</i>	60	<i>tobramycin</i>	26, 157
<i>telmisartan/amlodipine</i>	60	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	155
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	60	<i>tobramycin sulfate</i>	25, 26
<i>temazepam</i>	97	<i>tofacitinib</i>	141, 142
TENIVAC	147	<i>tolnaftate</i>	201
<i>tenofir disoprixil fumarate</i>	31	<i>tolnaftate polvo</i>	201
<i>tension headache</i>	201	<i>tolterodine tartrate</i>	136
TEPMETKO	54	<i>tolterodine tartrate er</i>	135
<i>terazosin</i>	58	<i>tolvaptan tablet therapy pack</i>	126
<i>terazosin hydrochloride</i>	58	<i>topiramate</i>	93, 94
<i>terbinafine hcl</i>	28	<i>topiramate er</i>	93
<i>terbutaline sulfate</i>	164	<i>toremifene citrate</i>	45
<i>terconazole</i>	136	<i>torpenz</i>	55
<i>teriflunomide</i>	100	<i>torsemede</i>	69
<i>teriparatide</i>	109	TOUJEO MAX SOLOSTAR	105
<i>testosterone</i>	103	TOUJEO SOLOSTART	105
<i>testosterone cypionate</i>	102	TPN ELECTROLYTES	150
<i>testosterone enanthate</i>	102	TRADJENTA	108
<i>testosterone pump</i>	103	<i>tramadol</i>	20
<i>tetrabenazine</i>	100	<i>tramadol hydrochloride</i>	22
<i>tetracycline hydrochloride</i>	42	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	22
THALOMID	45	<i>tramadol hydrochloride er</i>	20
<i>theophylline</i>	165	<i>trandolapril</i>	58
<i>theophylline er</i>	165	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	57
<i>thiamine hcl</i>	201	<i>tranexamic acid</i>	139
<i>thiamine hydrochloride</i>	201	<i>tranexamic acid/sodium chloride</i>	139
<i>thioridazine hydrochloride</i>	86	<i>tranylcypromine sulfate</i>	78
<i>thiothixene</i>	86	TRAVASOL	155
		<i>travoprost</i>	159

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>trazodone hydrochloride</i>	78	<i>trospium chloride</i>	136
TRECATOR	33	<i>trospium chloride er</i>	136
TRELEGY ELLIPTA	161	<i>true ferrous sulfate</i>	201
TREMFYA	142	<i>true folic acid</i>	201
TREMFYA PAQ. DE INDUCCIÓN PARA ENFERMEDAD DE CROHN/COLITIS ULCEROSA	142	<i>true magnesium oxide</i>	201
<i>tretinoin</i>	46, 168	<i>true oyster shell calcium</i>	201
<i>triamcinolone acetonide</i>	123, 173	<i>true vitamin d3</i>	201
<i>triamcinolone acetonide pasta dental</i>	177	TRULICITY	108
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	69	TRUMENBA	147
<i>triazolam</i>	97	TRUQAP	55
<i>tri-buffered aspirin</i>	201	TRUQAP PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA	55
<i>trientine hydrochloride</i>	110	TRUXIMA	55
<i>tri-estarylla</i>	119	TUKYSA	55
<i>trifluoperazine hcl</i>	86	TURALIO	55
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	86	<i>turqoz</i>	119
<i>trifluridine</i>	157	TWINRIX	147
<i>trihexyphenidyl</i>	80	TYBLUME	119
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	80	TYBOST	31
TRIJARDY XR	108	<i>tydemy</i>	119
TRIKAFTA PAQUETE DE TRATAMIENTO	165	TYENNE	142
TRIKAFTA TABLETA PAQUETE DE TRATAMIENTO	165	TYMLOS	109
<i>tri-legest fe</i>	119	TYPHIM VI	147
<i>tri-lynyah</i>	119	TYVASO	71, 72
<i>tri-lo-estarylla</i>	119	TYZAVAN	26
<i>tri-lo-marzia</i>	119	U	
<i>tri-lo-mili</i>	119	UBRELVY	98
<i>tri-lo-sprintec</i>	119	<i>unithroid</i>	127
<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	130	UPTRAVI	72
<i>trimethoprim</i>	26	UPTRAVI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	72
<i>tri-mili</i>	119	<i>ursodiol</i>	133
<i>trimipramine maleate</i>	78	USTEKINUMAB	142
TRINTELLIX	78	V	
<i>triphrocaps</i>	201	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	35
<i>triple antibiotic pomada</i>	201	VALCHLOR	175
<i>triprolidine hci</i>	201	<i>valganciclovir</i>	35
<i>triprolidine hydrochloride</i>	201	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	35
<i>tri-sprintec</i>	119	<i>valproate sodium</i>	94
TRIUMEQ	32	<i>valproic acid</i>	94
TRIUMEQ PD	32	<i>valsartan</i>	60
<i>tri-vite/fluoride</i>	152	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	60
<i>tri-vylibra</i>	119	VALTOCO DOSIS DE 5 MG	94
<i>tri-vylibra lo</i>	119	VALTOCO DOSIS DE 10 MG	94
TROGARZO	31	VALTOCO DOSIS DE 15 MG	94
TROPHAMINE	155	VALTOCO DOSIS DE 20 MG	94
		<i>valtya 1/35</i>	119

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>valtya 1/50</i>	120	VITRAKVI	55
<i>vancomycin</i>	26	VIVITROL	102
VANCOMYCIN	26	VIVOTIF	147
<i>vancomycin hcl</i>	26	VIZIMPRO	55
VANCOMYCIN HCL	26	<i>volnea</i>	120
<i>vancomycin hydrochloride</i>	26	VONJO	56
VANFLYTA	55	VOQUEZNA DUAL PAQ.	133
VAQTA	147	VOQUEZNA TRIPLE PAQ.	133
<i>varenicline</i>	102	VORANIGO	56
<i>varenicline mensual inicial</i>	102	<i>voriconazole</i>	28
<i>varenicline tartrate</i>	102	VORICONAZOLE	28
VARIVAX	147	VOSEVI	35
VASCEPA	64	VOWST	133
VAXCHORA	147	VRAYLAR	86
<i>velivet</i>	120	<i>vyfemla</i>	120
VELSIPITY	142	<i>vylibra</i>	120
VENCLEXTA	55	VYNDAMAX	70
VENCLEXTA PAQUETE INICIAL	55	VYZULTA	159
VENLAFAXINE BESYLATE ER	78	W	
<i>venlafaxine hydrochloride</i>	78	<i>warfarin</i>	138
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	78	<i>wegovy</i>	202
VEOZAH	126	<i>wegovy hd</i>	202
VEPPANU	45	WELIREG	46
<i>verapamil</i>	68	<i>wera</i>	120
<i>verapamil hcl er</i>	67	<i>wescaps</i>	202
<i>verapamil hcl sr</i>	67	<i>wes-phos 250 neutral</i>	202
VERAPAMIL HCL SR	67	<i>westab max</i>	202
<i>verapamil hydrochloride</i>	68	WESTAB PLUS	152
<i>verapamil hydrochloride er</i>	67	WINREVAIR	72
VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR	67	<i>wixela inhub</i>	167
VERQUVO	70	<i>wymzya fe</i>	120
VERSACLOZ	86	WYOST	109
VERZENIO	55	X	
<i>vestura</i>	120	XALKORI	56
<i>vienva</i>	120	<i>xarah fe</i>	120
<i>vigabatrin</i>	94	XARELTO	138
<i>vigadrone</i>	94	XARELTO PAQ. INICIAL	138
VIGAFYDE	94	XATMEP	143
VIKTRAVI	55	XCOPRI	95
<i>vilazodone hydrochloride</i>	78	XCOPRI PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS DE TRATAMIENTO	94
VIMKUNYA	147	XCOPRI PAQUETE PARA TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO	95
<i>viorele</i>	120	XCOPRI TABLETA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	94
VIRACEPT	31		
VIREAD	31		
<i>vital-d rx</i>	201		
<i>vitamin d</i>	201		
<i>vitamin k1</i>	201		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XDEMVIY	157	<i>zoledronic acid</i>	109
XELJANZ.....	142	ZOLEDRONIC ACID.....	109
XELJANZ XR.....	142	ZOLINZA.....	57
<i>xelria fe</i>	120	<i>zolpidem tartrate</i>	98
<i>xenical</i>	202	ZONISADE	95
XERMELO	133	<i>zonisamide</i>	95
XHANCE PARA EXHALADOR.....	166	<i>zovia 1/35</i>	120
XIFAXAN	134	ZTALMY.....	95
XIGDUO XR	108	<i>zumandimine</i>	120
XIIDRA.....	160	ZURZUVAE	78
XOLAIR	165	ZYDELIG	57
XOSPATA.....	56	ZYKADIA	57
XPOVIO 60 MG DOS VECES POR SEMANA.....	56	ZYLET	155
XPOVIO 80 MG DOS VECES POR SEMANA.....	56	ZYPREXA RELPREVV.....	87
XPOVIO PAQ. DE TRATAMIENTO TABLETA.....	56		
XTANDI.....	45		
<i>xulane</i>	120		
XULTOPHY.....	105		
Y			
YESINTEK.....	142		
YF-VAX.....	147		
YONSA.....	45		
<i>yulithira</i>	56		
<i>yuvaferm</i>	122		
Z			
<i>zaditor</i>	202		
<i>zafemy</i>	120		
<i>zafirlukast</i>	164		
<i>zaleplon</i>	97, 98		
ZARXIO	138		
ZEGALOGUE	123		
ZEJULA	56		
ZELBORAF.....	56		
<i>zelvysia</i>	126		
<i>zenatane</i>	168		
ZENPEP	134		
<i>zenzedi</i>	97		
<i>zepbound</i>	202		
<i>zepbound kwikpen</i>	202		
ZERVIAE	158		
<i>zidovudine</i>	31		
<i>ziprasidone hcl</i>	86		
<i>ziprasidone mesylate</i>	87		
ZIRABEV	57		
ZIRGAN	157		

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1-855-676-5772** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **1-855-676-5772** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie **1-855-676-5772** (TTY: **711**) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Français

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **1-855-676-5772** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

Italiano

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'**1-855-676-5772** (TTY: **711**) o parla con il tuo fornitore.

Kreyòl Ayisyen

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **1-855-676-5772** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

Português do Brasil

ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para **1-855-676-5772** (TTY: **711**) ou fale com seu provedor.

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 09/01/2026. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-676-5772** y los usuarios de TTY deben llamar al: **711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite

[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)

Contrato/PBP: H9314-001