



P.O. Box 8738
Dayton, OH 45401-8738

2025

CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid)
Formulario
(Lista de medicamentos cubiertos)

Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. o visite **[CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare)**.

ID del formulario: 00025338
N.º de versión: 20
Actualizado el 12/01/2025

CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) |

2025 *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos o Formulario)*

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*). Le informa qué medicamentos recetados y medicamentos y otros artículos de venta libre cubre CareSource MyCare Ohio. La *Lista de medicamentos* también brinda información sobre reglas especiales o restricciones en relación con cualquier medicamento cubierto por CareSource MyCare Ohio. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad	iii
B. Preguntas frecuentes	iv
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Nos referimos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> como la “ <i>Lista de medicamentos</i> ” para abreviar)	iv
B2. ¿Alguna vez cambia la <i>Lista de medicamentos</i> ?	iv
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	v
B4. ¿Existen restricciones o limitaciones respecto a la cobertura de medicamentos o es necesario realizar otras acciones para obtener determinados medicamentos?	vii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay acciones necesarias que tomar para obtener el medicamento?	vii
B6. ¿Qué sucede si CareSource MyCare Ohio cambia las reglas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización o aprobación previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?	viii
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	viii
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	viii

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025

B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo afiliado a CareSource MyCare Ohio y no puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo un problema para obtenerlo?	viii
B10. ¿Puedo pedir que se haga una excepción y cubran el medicamento?	ix
B11. ¿Cómo puedo pedir que se haga una excepción?	x
B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción?	x
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	x
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xi
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	xi
B16. ¿Cubre CareSource MyCare Ohio productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	xi
B17. ¿Cuál es mi copago?	xii
B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	xii
C. Medicamentos agrupados por afección médica	xii
D. Índice de medicamentos cubiertos	232

A. Exenciones de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos a los que pueden acceder los afiliados a CareSource MyCare Ohio.

- ❖ CareSource MyCare Ohio es un plan de salud que celebra contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionarles a los afiliados los beneficios de ambos programas.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como impreso con letra grande, en braille o en audio. Llame al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento, tanto ahora como en el futuro, de forma gratuita en otros formatos, por ejemplo, impreso en letra grande, braille o audio. Solo tiene que solicitarlo una vez. También puede cambiar su solicitud. Llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025



B. Preguntas frecuentes

En esta sección encontrará las respuestas a sus preguntas sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información, o buscar una pregunta y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Nos referimos a la *Lista de medicamentos cubiertos* como “*Lista de medicamentos*” para abreviar).

Los medicamentos que aparecen en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página 2 son los medicamentos cubiertos por CareSource MyCare Ohio. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias que pertenecen a nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para que trabaje con nosotros y proporcione nuestros servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- CareSource MyCare Ohio. cubrirá todos los medicamentos que se consideren necesarios desde una perspectiva médica en la *Lista de medicamentos* si:
 - su médico u otra persona que recete afirma que usted los necesita para mejorarse o estar saludable; y
 - usted surte sus recetas en una farmacia de la red de CareSource MyCare Ohio.
- CareSource MyCare Ohio puede tener pasos adicionales para acceder a determinados medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede ver una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare** o si llama a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

B2. ¿Alguna vez cambia la *Lista de medicamentos*?

Sí, y CareSource MyCare Ohio debe seguir las reglas de Medicare y Medicaid cuando hace cambios. Podemos agregar o quitar medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir exigir o no una autorización previa (PA) o aprobación para un medicamento. (Una aprobación previa es un permiso de CareSource MyCare Ohio antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamado “límites a la cantidad del medicamento”).

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025



- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre las reglas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto **a principio** de año, generalmente no retiramos ni modificamos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga a la venta un nuevo medicamento más económico, pero tan efectivo como el medicamento que ya está en la *Lista de medicamentos*; o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro; o
- se retire un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 que figuran aquí proporcionan más información sobre qué sucede cuando cambia la *Lista de medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada de CareSource MyCare Ohio en línea en **CareSource.com/MyCare**. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar a Servicios para Afiliados para consultar la *Lista de medicamentos* al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

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

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

- **Sustituciones por versiones nuevas de medicamentos.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de la *Lista de medicamentos* si lo reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento; sin embargo, el costo que deberá pagar por el nuevo medicamento será el mismo. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.
 - Podemos realizar estos cambios únicamente si el medicamento que agregamos:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca; o

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025

- es una versión biosimilar nueva de un producto biológico original incluido en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, podemos agregar un biosimilar intercambiable que puede sustituirse por un producto biológico original sin una nueva receta).

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección B14.

- Usted o su proveedor puede solicitar una excepción a dichos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que debe tomar para solicitar una excepción. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) advierte que un medicamento que usted toma no es seguro o eficaz, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado,, lo eliminaremos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de realizar el cambio. Comuníquese con el médico que le recetó el medicamento si recibe una notificación.

Podemos efectuar otros cambios que incidan en los medicamentos que usted toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios a la *Lista de medicamentos*. Se podrían aplicar estos cambios si:

- la FDA brinda nuevos lineamientos o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;
- agregamos un medicamento genérico y reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la *Lista de medicamentos*; o
- agregamos un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente se encuentra en la *Lista de medicamentos*; o
- cambiamos los límites o las reglas de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se efectúen dichos cambios, nosotros:

- le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio a la *Lista de medicamentos* ; ○
- le avisaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días luego de que usted solicite el resurtido de su receta.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que receta. Esta persona puede ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar; ○

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025

- si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.

B4. ¿Existen restricciones o limitaciones respecto a la cobertura de medicamentos o es necesario realizar otras acciones para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites para la cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted o su médico, u otra persona que receta, deben hacer algún trámite previo para obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted o su médico, u otra persona que receta, deben obtener una PA de CareSource MyCare Ohio antes de hacer surtir la receta. Es posible que CareSource MyCare Ohio no cubra el medicamento si usted no obtiene la aprobación correspondiente.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, CareSource MyCare Ohio limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia escalonada:** En ocasiones, CareSource MyCare Ohio exige que usted siga una terapia escalonada. Esto significa que usted debe probar los medicamentos en determinado orden para tratar su afección médica. Puede que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico piensa que el primer medicamento no produce el efecto esperado, entonces cubriremos el segundo.

Para averiguar si su medicamento tiene requerimientos o limitaciones adicionales, consulte las tablas de las páginas 2-231. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare**. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de PA y terapia escalonada. También puede solicitar que le enviemos una copia.

Asimismo, puede pedir que se haga una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que receta. Este proveedor puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar o si es necesario solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay acciones necesarias que tomar para obtener el medicamento?

La tabla de medicamentos de la página 2 tiene una columna denominada "Acciones necesarias, restricciones o límites de uso".

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025

B6. ¿Qué sucede si CareSource MyCare Ohio cambia las reglas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización o aprobación previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?

En ciertos casos, le avisaremos con antelación si incorporamos una restricción o si modificamos una existente respecto de las autorizaciones previas, los límites de cantidad o las terapias escalonadas de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y sobre las situaciones en las que quizá no podamos informarle con anticipación cuando haya cambios en nuestras reglas respecto de los medicamentos contemplados en la *Lista de medicamentos*.

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

Existen dos formas de encontrar un medicamento:

- Puede buscar el nombre del medicamento por orden alfabético; o
- puede buscar por afección médica.

Para buscar **por orden alfabético**, diríjase a la sección Índice de medicamentos cubiertos. Esta sección se encuentra al final del documento.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección Lista de medicamentos por afección médica en la página xii.. Los medicamentos de esta sección se encuentran agrupados por categorías dependiendo del tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

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

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Afiliados al toll-free number y pregunte por este. Si se entera de que CareSource MyCare Ohio no cubre un medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pida a Servicios para Afiliados una lista de medicamentos como el que desea tomar. Luego muestre la lista a su médico o a otro profesional de la salud. Podrá recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea como el que desea tomar. **O**
- Usted puede pedirle al plan de salud que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo afiliado a CareSource MyCare Ohio y no puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo un problema para obtenerlo?

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025



Podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días en que usted sea afiliado a CareSource MyCare Ohio. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que receta. Esta persona puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar o si es necesario solicitar una excepción.

Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos múltiples para cubrir hasta un máximo de 30 días de su medicamento.

Cubriremos el suministro de 30 días de su medicamento si:

- usted está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*; o
- las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por la persona que receta; o
- el medicamento requiere una PA de CareSource MyCare Ohio, o
- está tomando un medicamento que está sujeto a una restricción de terapia escalonada.

Si usted se encuentra en un hogar de ancianos u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no están en la *Lista de medicamentos*, o si no puede obtener el medicamento que necesita con facilidad, podemos ayudarle. Si ha estado en el plan por más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta por menos días), sea usted o no un nuevo afiliado a CareSource MyCare Ohio.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días de su afiliación a CareSource MyCare Ohio.

En caso de que ocurra una transición no planificada, en la que un medicamento recetado no se encuentre en nuestro formulario del plan, o que se le aplique una restricción de cantidad, cubriremos un suministro temporal de hasta 31 días de su medicamento una sola vez.

- Por lo general, una transición no planificada implica cambios en el nivel de atención en el que el afiliado pasa de un tipo de tratamiento a otro. De ocurrir esto, puede suceder que deba seguir los procesos normales de determinación de cobertura para la cobertura continua. Algunos ejemplos de cambios de nivel de la atención incluyen los siguientes:
 - Ser dado de alta de un hospital a su hogar.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025

Finalizar su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (en la que los pagos incluyen todos los costos de farmacia) y ahora requerir el uso de la Parte D de su plan. Cambiar su estado de hospicio para regresar a los beneficios estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare.

- Ser dado de alta de hospitales psiquiátricos de atención crónica con regímenes de medicamentos altamente individualizados.
- Finalizar la estadía en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y regresar a la comunidad.

B10. ¿Puedo pedir que se haga una excepción y cubran el medicamento?

Sí. Puede pedir a CareSource MyCare Ohio que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas que se aplican a su medicamento.

- Por ejemplo, CareSource MyCare Ohio puede imponer límites en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: puede pedirnos que retiremos los requisitos para las restricciones de terapia escalonada o aprobación previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir que se haga una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicios para Afiliados. Un representante de Servicios para Afiliados trabajará con usted y con su proveedor para ayudarlo a solicitar que se haga una excepción. También puede leer el Capítulo 9, sección F2, *Qué es una excepción* del *Manual del Afiliado* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción?

Después de que recibamos una declaración de su médico que receta que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos la decisión dentro de las 72 horas. La declaración del médico que receta que respalde la solicitud de excepción se debe enviar por fax al 1-877-328-9660.

Si usted o la persona que receta piensa que su salud puede perjudicarse si debe esperar 72 horas para recibir la decisión, puede pedir que se haga una excepción acelerada. Se trata de una decisión más rápida. Si la persona que receta respalda su solicitud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de la persona que receta.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025

Los medicamentos genéricos están hechos de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan igual que los medicamentos de marca y cuestan menos. No suelen tener nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para varios medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin una nueva receta, según las leyes estatales.

CareSource MyCare Ohio cubre tanto medicamentos de marca como genéricos.

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

Cuando utilizamos la palabra “medicamento”, podemos estar refiriéndonos tanto a un medicamento como a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos clásicos. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos clásicos, en lugar de tener una versión genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares son tan eficaces como los productos biológicos originales, y es posible que cuesten menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, es posible que puedan sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 5 del *Manual del Afiliado*.

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

OTC significa "over-the-counter" (de venta libre). CareSource MyCare Ohio cubre algunos medicamentos de venta libre cuando su médico los receta por escrito.

Puede leer la *Lista de medicamentos* de CareSource MyCare Ohio para saber qué medicamentos OTC están cubiertos.

B16. ¿Cubre CareSource MyCare Ohio productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?

CareSource MyCare Ohio cubre algunos productos de venta libre cuando su médico los receta por escrito.

Por ejemplo, algunos productos de venta libre que no califican como medicamentos son las cápsulas orales de vitamina D2 de 1.25 mg (50,000 unidades) y las tabletas de ácido fólico de 1 mg.

Puede leer la Lista de medicamentos de CareSource MyCare Ohio para ver qué productos OTC que no son medicamentos están cubiertos.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025



B17. ¿Cuál es mi copago?

Como afiliado a CareSource MyCare Ohio, no tiene copagos por sus recetas y medicamentos de venta libre siempre y cuando cumpla las reglas de CareSource MyCare Ohio.

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

- Los medicamentos de Nivel 1 son en su mayoría medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca.
- Los medicamentos de Nivel 2 son en su mayoría medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos cubiertos por Medicaid y medicamentos de venta libre.

Usted no tiene copagos para medicamentos con receta y OTC siempre y cuando siga las reglas del plan. También puede leer el Capítulo 6, sección C, *Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo*, del Manual del Afiliado para obtener más información.

C. Medicamentos agrupados por afección médica

Los medicamentos de esta sección se encuentran agrupados por categorías dependiendo del tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

La siguiente lista de medicamentos cubiertos le brinda información sobre los medicamentos con cobertura por parte de CareSource MyCare Ohio. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 232. El índice menciona por orden alfabético todos los medicamentos cubiertos por CareSource MyCare Ohio.

En la primera columna de la tabla se muestra el nombre del medicamento. Los nombres de los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., ELIQUIS) y los medicamentos genéricos se muestran en cursiva y en minúscula (p. ej., *lisinopril*).

La información que aparece en las columnas de acciones necesarias, restricciones o límites de uso le indica si CareSource MyCare Ohio. tiene reglas para la cobertura de su medicamento.

Nota: El ADD que figura junto a un medicamento significa que el medicamento no pertenece a la Parte D. El monto que usted paga cuando surte una receta para este

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025

medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para cobertura catastrófica).

- Además, si usted recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, no obtendrá Ayuda Adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre Ayuda Adicional, consulte el cuadro de abajo.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Al programa Ayuda Adicional también se lo denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

- Estos medicamentos tienen distintas reglas de apelación. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión sobre una cobertura y de pedirnos que la cambiemos, si cree que cometimos un error. Por ejemplo: nosotros podemos decidir que un medicamento que desea no está cubierto o ya no está cubierto bajo Medicare o Medicaid.
- Si usted o la persona que receta no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. Para solicitar instrucciones sobre cómo presentar una apelación, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. También puede leer el Capítulo 9, sección D, *Decisiones de cobertura y apelaciones* del *Manual del Afiliado* para obtener información sobre cómo apelar una decisión.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 12/01/2025

A continuación, le proporcionamos una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna de Requisitos/límites y que le indican si existe algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Lista de abreviaturas

ADD: Medicamentos fuera de la Parte D o artículos de venta libre cubiertos solo por Medicaid. El monto que usted paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para cobertura catastrófica).

B/D PA: Este medicamento recetado podrá ser cubierto por Medicare Parte B o D según las circunstancias. Se le puede requerir el envío de información que describe el uso y las circunstancias de empleo del medicamento para tomar una determinación.

LA: Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

MO: Medicamentos de Pedido por correo. Este medicamento recetado se encuentra disponible mediante nuestro servicio de pedido por correo, así como mediante nuestras redes de farmacias minoristas. Tenga en cuenta el uso de pedido por correo para sus medicamentos de tratamiento prolongado (mantenimiento) (como son los medicamentos para tratar la presión arterial alta). Las redes de farmacias minoristas pueden ser más adecuadas para recetas de medicamentos de corto plazo (como son los antibióticos).

NDS: Medicamento limitado a un suministro de 30 días en una tienda minorista o por correo.

PA: Autorización previa. Nuestro plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted debe obtener la aprobación de CareSource antes de surtir sus recetas. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

QL: Límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

ST: Terapia escalonada. En algunos casos, el Plan le pedirá que primero pruebe ciertos medicamentos para su afección médica antes de cubrir otro. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su afección médica es posible que no cubramos el medicamento B hasta que haya probado con el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite **CareSource.com/MyCare.**

Actualizado el 12/01/2025



Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
<i>amphotericin b</i>	1	B/D PA; MO
<i>caspofungin</i>	1	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	1	MO
CRESEMBA ORAL	2	PA; NDS
<i>fluconazole</i>	1	MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml</i>	1	PA
<i>flucytosine</i>	1	MO; NDS
<i>griseofulvin microsize</i>	1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>itraconazole oral solution</i>	1	MO
<i>ketoconazole oral</i>	1	MO
<i>miconazole</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nystatin oral</i>	1	MO
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	PA; MO; QL (96 por 30 días); NDS
<i>terbinafine hcl oral</i>	1	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	1	PA; MO; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	1	PA; MO; NDS
<i>voriconazole oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>voriconazole-hpbc</i>	1	PA; NDS
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>methenamine hippurate</i>	1	MO
<i>methenamine mandelate</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/m-cryst</i>	1	MO
<i>trimethoprim</i>	1	MO
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazole</i>	1	MO; NDS
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	1	PA; MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ARIKAYCE	2	PA; LA; NDS
atovaquone	1	MO
atovaquone-proguanil	1	MO
aztreonam	1	PA; MO
CAYSTON	2	PA; MO; LA; QL (84 por 56 días); NDS
chloramphenicol sod succinate	1	
chloroquine phosphate	1	MO
clindamycin hcl	1	MO
clindamycin in 5 % dextrose	1	PA; MO
clindamycin phosphate injection	1	PA; MO
COARTEM	2	MO
colistin (colistimethate na)	1	PA; MO; QL (30 por 10 días); NDS
cvs pinworm treatment 50 mg/ml	3	ADD
dapsone oral	1	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	2	MO; NDS
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	1	MO; NDS
EMVERM	2	MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ertapenem	1	PA; MO; QL (14 por 14 días)
ethambutol	1	MO
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	1	PA; MO
gentamicin injection	1	PA; MO
gentamicin sulfate (ped) (pf)	1	PA; MO
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	1	MO
imipenem-cilastatin	1	PA; MO
isoniazid injection	1	
isoniazid oral	1	MO
ivermectin oral tablet 3 mg	1	PA; MO; QL (20 por 30 días)
ivermectin oral tablet 6 mg	1	PA; QL (8 por 30 días)
lincomycin	1	PA
linezolid in dextrose 5%	1	PA; MO
linezolid oral suspension for reconstitution	1	MO; NDS
linezolid oral tablet	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	1	PA
<i>mefloquine</i>	1	MO
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; QL (30 por 10 días)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; QL (10 por 10 días)
<i>metro i.v.</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>neomycin</i>	1	MO
<i>nitazoxanide</i>	1	MO; QL (12 por 30 días); NDS
<i>pentamidine inhalation</i>	1	B/D PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>pentamidine injection</i>	1	MO
<i>pinaway 50 mg/ml suspension</i>	3	ADD
<i>pinworm medicine 144 mg/ml</i>	3	ADD
<i>praziquantel</i>	1	MO
PRIFTIN	2	MO
PRIMAQUINE	2	MO
<i>pyrazinamide</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pyrimethamine</i>	1	PA; MO; NDS
<i>quinine sulfate</i>	1	MO
<i>reese's pinworm 144 mg/ml susp</i>	3	MO; ADD
<i>rifabutin</i>	1	MO
<i>rifampin</i>	1	MO
SIRTURO	2	PA; LA; NDS
STREPTOMYCIN	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>tigecycline</i>	1	PA; MO; NDS
<i>tinidazole</i>	1	MO
TOBI PODHALER	2	MO; QL (224 por 56 días); NDS
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	1	PA; MO; QL (280 por 28 días); NDS
<i>tobramycin inhalation</i>	1	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
<i>tobramycin sulfate injection recon soln</i>	1	PA; QL (9 por 14 días)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	1	PA; MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	2	PA; QL (4000 por 10 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	2	PA; QL (1000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	2	PA; QL (4050 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg</i>	1	PA; MO; QL (20 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA; QL (2 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 5 gram</i>	1	PA; QL (4 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (10 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 750 mg</i>	1	PA; MO; QL (27 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	1	PA; MO; QL (40 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (80 por 10 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VIBATIV INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	2	PA; NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	2	PA; QL (9 por 30 días)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ANTIVÍRICOS		
<i>abacavir</i>	1	MO
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	MO
<i>acyclovir oral capsule</i>	1	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet</i>	1	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>adefovir</i>	1	MO
<i>amantadine hcl</i>	1	MO
APTIVUS	2	MO; NDS
<i>atazanavir</i>	1	MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION	2	MO; NDS
BIKTARVY	2	MO; NDS
CABENUVA	2	MO; NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cidofovir</i>	1	B/D PA; MO; NDS
CIMDUO	2	MO; NDS
COMPLERA	2	MO; NDS
<i>darunavir</i>	1	MO; NDS
DELSTRIGO	2	MO; NDS
DESCOVY	2	MO; NDS
DOVATO	2	MO; NDS
EDURANT	2	MO; NDS
EDURANT PED	2	MO; NDS
<i>efavirenz oral tablet</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	1	MO; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	1	MO; NDS
<i>emtricitabine</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 100-150 mg</i>	1	MO; NDS
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofov df</i>	1	MO; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION	2	MO
<i>entecavir</i>	1	MO
<i>etravirine</i>	1	MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EVOTAZ	2	MO; NDS
<i>famciclovir</i>	1	MO
<i>fosamprenavir</i>	1	MO
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA
GENVOYA	2	MO; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	2	MO
ISENTRESS HD	2	MO; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	2	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET	2	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	2	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	2	MO
JULUCA	2	MO; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION	2	MO
<i>lamivudine</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	MO
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	2	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LIVTENCITY	2	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i>	1	MO
<i>maraviroc</i>	1	MO; NDS
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET	2	PA; MO; QL (168 por 28 días); NDS
MAVYRET ORAL TABLET	2	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
<i>nevirapine oral suspension</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet</i>	1	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	1	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	2	MO
ODEFSEY	2	MO; NDS
<i>oseltamivir</i>	1	MO
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	1	QL (20 por 30 días)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	1	QL (11 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 por 30 días)
PIFELTRO	2	MO; NDS
PREVYMIS INTRAVENOUS	2	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG	2	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	2	MO; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION	2	MO; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	2	MO
RELENZA DISKHALER	2	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	2	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	2	MO; NDS
<i>ribavirin oral capsule</i>	1	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>rimantadine</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ritonavir</i>	1	MO
RUKOBIA	2	MO; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION	2	MO
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	2	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
STRIBILD	2	MO; NDS
SUNLENCA	2	NDS
SYMTUZA	2	MO; NDS
SYNAGIS	2	MO; LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	2	MO; NDS
TIVICAY PD	2	MO; NDS
TRIUMEQ	2	MO; NDS
TRIUMEQ PD	2	MO
TROGARZO	2	MO; LA; NDS
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	1	MO; NDS
<i>valganciclovir oral tablet</i>	1	MO
VEMLIDY	2	MO; NDS
VIRACEPT ORAL TABLET	2	MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VIREAD ORAL POWDER	2	MO; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	2	MO
VOSEVI	2	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	2	MO
<i>zidovudine</i>	1	MO
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor oral capsule</i>	1	MO
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	1	MO
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cefazolin injection recon soln 10 gram, 100 gram, 300 gram</i>	1	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefdinir</i>	1	MO
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i>	1	
<i>cefepime injection</i>	1	MO
<i>cefixime</i>	1	MO
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	1	PA
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>cefpodoxime</i>	1	MO
<i>cefprozil</i>	1	MO
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	1	PA
<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	1	
<i>ceftriaxone intravenous</i>	1	MO
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	1	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>tazicef injection</i>	1	PA; MO
<i>tazicef intravenous</i>	1	PA
TEFLARO	2	PA; MO; NDS
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous</i>	1	PA; MO
<i>azithromycin oral packet</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>clarithromycin</i>	1	MO
DIFICID ORAL TABLET	2	MO; QL (20 por 10 días); NDS
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	1	MO
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1	
<i>erythromycin oral</i>	1	MO
<i>fidaxomicin</i>	1	QL (20 por 10 días); NDS
PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	MO
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin sodium intravenous</i>	1	PA
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	1	PA

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ampicillin-sulbactam intravenous</i>	1	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	2	MO
BICILLIN L-A	2	PA
<i>dicloxacillin</i>	1	MO
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>	1	PA
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	1	PA; NDS
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	1	PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	2	PA
<i>penicillin g potassium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	1	MO
<i>pfizerpen-g</i>	1	PA
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	1	MO
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml</i>	1	PA
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	1	PA
<i>levofloxacin oral</i>	1	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	1	MO
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	1	PA; MO
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazine</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	1	PA; MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral</i>	1	MO
TETRACICLINAS		
<i>demeclocycline</i>	1	MO
<i>doxy-100</i>	1	PA; MO
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	1	PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	1	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>minocycline oral capsule</i>	1	MO
<i>minocycline oral tablet</i>	1	MO
<i>monodoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule</i>	1	MO
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
<i>adenosine</i>	1	
<i>amiodarone intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>amiodarone oral</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dofetilide</i>	1	MO
<i>flecainide</i>	1	MO
<i>ibutilide fumarate</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	1	
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)</i>	1	
<i>mexiletine</i>	1	MO
MULTAQ	2	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>procainamide injection</i>	1	
<i>propafenone</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1	MO
<i>sotalol af</i>	1	
<i>sotalol oral</i>	1	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CAMZYOS	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>digoxin oral solution</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	MO
<i>dobutamine</i>	1	B/D PA
<i>dobutamine in d5w intravenous parenteral solution 1,000 mg/250 ml (4,000 mcg/ml), 250 mg/250 ml (1 mg/ml), 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 200 mg/250 ml (800 mcg/ml), 400 mg/250 ml (1,600 mcg/ml), 400 mg/500 ml (800 mcg/ml), 800 mg/500 ml (1,600 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ENTRESTO	2	QL (60 por 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE	2	QL (240 por 30 días)
<i>ivabradine</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>milrinone</i>	1	B/D PA
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	1	B/D PA
<i>norepinephrine bitartrate</i>	1	
<i>ranolazine</i>	1	MO
<i>sacubitril-valsartan</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sodium nitroprusside</i>	1	B/D PA
VERQUVO	2	MO; QL (30 por 30 días)
VYNDAMAX	2	PA; MO; NDS
VYNDAREL	2	PA; MO
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	1	MO
<i>cholestyramine light</i>	1	MO
<i>colesevelam</i>	1	MO
<i>colestipol oral granules</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>colestipol oral packet</i>	1	
<i>colestipol oral tablet</i>	1	MO
<i>endur-acin er 250 mg tablet</i>	3	ADD
<i>endur-acin er 500 mg tablet</i>	3	ADD
<i>endur-acin er 750 mg tablet</i>	3	ADD
<i>ezetimibe</i>	1	MO
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fenofibric acid</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline)</i>	1	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl</i>	1	MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
NEXLETOL	2	PA; MO
NEXLIZET	2	PA; MO
<i>niacin 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 100 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 100 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 50 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 500 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
NIACIN ER 1,000 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>niacin er 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 500 mg caplet caplet,cdt,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 500 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 500 mg tablet n,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>niacin er 500 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>niacin sa 250 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg capsule p/f,n,gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niavasc sr 500 mg tablet</i>	3	ADD
<i>niavasc sr 750 mg tablet</i>	3	ADD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	MO
<i>pitavastatin calcium</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>plain niacin 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>plain niacin 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>prevalite</i>	1	MO
REPATHA	2	PA; QL (6 por 28 días)
REPATHA PUSHTRONEX	2	PA; QL (7 por 28 días)
REPATHA SURECLICK	2	PA; QL (6 por 28 días)
<i>rosuvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SLO-NIACIN 250 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>slo-niacin 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
SLO-NIACIN 750 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>super omega-3 softgel</i>	3	ADD
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nitroglycerin in 5 % dextrose intravenous solution 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>nitroglycerin intravenous</i>	1	B/D PA
<i>nitroglycerin sublingual</i>	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1	MO
<i>nitroglycerin translingual</i>	1	MO
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
<i>acebutolol</i>	1	MO
<i>aliskiren</i>	1	MO
<i>amiloride</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>amlodipine</i>	1	MO
<i>amlodipine-benazepril</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	MO
<i>benazepril</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>betaxolol oral</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>bumetanide</i>	1	MO
<i>candesartan</i>	1	MO
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>captopril</i>	1	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>cartia xt</i>	1	MO
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	MO
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
EDARBI	2	MO
EDARBYCLOR	2	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	MO
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>eplerenone</i>	1	MO
<i>esmolol intravenous solution</i>	1	
<i>ethacrynate sodium</i>	1	NDS
<i>felodipine</i>	1	MO
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution</i>	1	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>isosorbide-hydralazine</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>isradipine</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
KERENDIA	2	PA; QL (30 por 30 días)
<i>labetalol intravenous solution</i>	1	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>losartan</i>	1	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>mannitol 20 %</i>	1	
<i>mannitol 25 % intravenous solution</i>	1	MO
<i>matzim la</i>	1	MO
<i>metolazone</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate intravenous</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metyrosine</i>	1	PA; MO; NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>minoxidil oral</i>	1	MO
<i>moexipril</i>	1	MO
<i>nadolol</i>	1	MO
<i>nebivolol</i>	1	MO
<i>nicardipine intravenous solution</i>	1	
<i>nicardipine oral</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>nimodipine oral capsule</i>	1	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid</i>	1	MO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>osmitrol 20 %</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>phentolamine</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	MO
<i>prazosin</i>	1	MO
<i>propranolol intravenous</i>	1	
<i>propranolol oral</i>	1	MO
<i>quinapril</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	MO
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	1	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiadylt er</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral</i>	1	MO
<i>torse mide oral</i>	1	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil</i>	1	MO
<i>treprostinil sodium</i>	1	PA; MO; LA; NDS
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
UPTRAVI ORAL TABLET	2	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK	2	PA; MO; LA; QL (200 por 180 días); NDS
<i>valsartan oral tablet</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>veletri</i>	1	B/D PA; MO
<i>verapamil intravenous</i>	1	
<i>verapamil oral</i>	1	MO
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>aminocaproic acid intravenous</i>	1	MO
<i>aminocaproic acid oral</i>	1	MO; NDS
<i>aspirin-dipyridamole</i>	1	MO
BRILINTA	2	MO
CABLIVI INJECTION KIT	2	PA; LA; NDS
CEPROTIN (BLUE BAR)	2	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	2	PA; MO
<i>cilostazol</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dabigatran etexilate</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>dipyridamole intravenous</i>	1	
<i>dipyridamole oral</i>	1	MO
DOPTELET (10 TAB PACK)	2	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET (15 TAB PACK)	2	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET (30 TAB PACK)	2	PA; MO; LA; NDS
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	2	MO; QL (74 por 180 días)
ELIQUIS ORAL TABLET	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>eltrombopag olamine</i>	1	PA; MO; NDS
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	MO; QL (28 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	MO; QL (22.4 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	1	MO; QL (16.8 por 28 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	1	MO; QL (11.2 por 28 días)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	1	MO; NDS
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)</i>	1	
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	1	
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	2	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	MO
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE	2	MO
<i>jantoven</i>	1	MO
<i>pentoxifylline</i>	1	MO
<i>phytonadione 5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>phytonadione 5 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>phytonadione 5 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>prasugrel hcl</i>	1	MO
PROMACTA	2	PA; MO; LA; NDS
<i>protamine</i>	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution</i>	1	MO; QL (775 por 28 días)
<i>rivaroxaban oral tablet</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ticagrelor</i>	1	MO
<i>vitamin k-1 10 mg/ml ampul suv, outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	2	MO; QL (51 por 180 días)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	2	MO; QL (775 por 28 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	2	MO; QL (30 por 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)

GASTROENTEROLOGÍA

AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acid gone antacid liquid</i>	3	MO; ADD
<i>acid gone tablet chew</i>	3	MO; ADD
<i>almacone-2 liquid</i>	3	MO; ADD
<i>aloseptron oral tablet 0.5 mg</i>	1	PA; MO
<i>aloseptron oral tablet 1 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>aluminum hydroxide gel</i>	3	MO; ADD
<i>alum-mag hydroxide-simeth 1,200-1,200-120 mg/30 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>alum-mag hydroxide-simeth 1,200-1,200-120 mg/30 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>alum-mag hydroxide-simeth 2,400-2,400-240 mg/30 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>antacid anti-gas liquid</i>	3	ADD
<i>antacid anti-gas max str liq</i>	3	ADD
<i>antacid ex-str tablet chew</i>	3	ADD
<i>antacid extra strength chw tab</i>	3	ADD
<i>antacid liquid</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>antacid-antigas liquid</i>	3	MO; ADD
ANTACID-ANTIGAS LIQUID	3	MO; ADD
<i>antacid-antigas suspension</i>	3	MO; ADD
<i>aprepitant</i>	1	B/D PA; MO
<i>balsalazide</i>	1	MO
<i>betaine</i>	1	MO; NDS
<i>bisacodyl 10 mg suppository</i>	3	ADD
<i>bisacodyl ec 5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release</i>	1	MO
<i>budesonide oral tablet, delayed and extended release</i>	1	MO; NDS
<i>castor oil</i>	3	ADD
<i>castor oil stimulant laxative</i>	3	ADD
<i>castor oil usp</i>	3	ADD
<i>castor oil usp (rx)</i>	3	ADD
<i>chocolated laxative</i>	3	ADD
<i>chocolated laxative gluten-free, reg str</i>	3	ADD
CIMZIA POWDER FOR RECONST	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CIMZIA STARTER KIT	2	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML	2	PA; QL (2 por 28 días); NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
CINVANTI	2	MO
<i>citrucel 500 mg caplet</i>	3	MO; ADD
CITRUCEL POWDER	3	MO; ADD
CITRUCEL POWDER S-F	3	MO; ADD
CITRUCEL POWDER S-F ORANGE	3	MO; ADD
<i>clearlax powder</i>	3	MO; ADD
<i>clearlax powder 14 once-daily doses</i>	3	MO; ADD
<i>clearlax powder 30 once-daily doses</i>	3	MO; ADD
<i>clearlax powder 7 once-daily doses</i>	3	MO; ADD
<i>clearlax powder packet</i>	3	ADD
COLACE 100 MG CAPSULE	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COLACE 2-IN-1 TABLET	3	MO; ADD
COLACE CLEAR 50 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>compro</i>	1	MO
<i>constulose</i>	1	MO
CORTIFOAM	2	MO
CREON	2	MO
<i>cromolyn oral</i>	1	MO
<i>cvs castor oil</i>	3	ADD
<i>cvs chocolate laxative 15 mg</i>	3	ADD
<i>dimenhydrinate injection solution</i>	1	MO
<i>docusate sod 100 mg/10 ml cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sod 100 mg/10 ml cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg inner, softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg outer, softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 250 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 250 mg softgel inner</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>docusate sodium 250 mg softgel outer</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 50 mg/5 ml cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 50 mg/5 ml cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 50 mg/5 ml liq</i>	3	MO; ADD
DOCUSATE SODIUM MINI ENEMA	3	ADD; QL (15 por 30 días)
DOCUSOL KIDS 100 MG MINI-ENEMA 5ML MINI-ENEMA, OUTER	3	MO; ADD; QL (15 por 30 días)
<i>dok 100 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>driminate 50 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>dronabinol</i>	1	B/D PA
<i>droperidol injection solution</i>	1	MO
<i>enema ready to use</i>	3	MO; ADD; QL (399 por 30 días)
ENEMEEZ MINI ENEMA	3	MO; ADD; QL (15 por 30 días)
ENEMEEZ MINI ENEMA 5CC TUBES, OUTER	3	MO; ADD; QL (15 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ENEMEEZ PLUS MINI ENEMA	3	MO; ADD; QL (15 por 30 días)
ENEMEEZ PLUS MINI ENEMA OUTER	3	MO; ADD; QL (15 por 30 días)
ENTYVIO	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
<i>enulose</i>	1	MO
<i>epsom salt</i>	3	ADD
<i>epsom salt granules</i>	3	ADD
<i>eql castor oil</i>	3	ADD
<i>eql chocolated laxative</i>	3	ADD
<i>fiber 625 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>fiber laxative 625 mg caplet</i>	3	ADD
<i>fiber powder</i>	3	ADD
<i>fiber tabs</i>	3	ADD
<i>fiber therapy 500 mg caplet</i>	3	ADD
<i>fiber therapy powder</i>	3	MO; ADD
<i>fiber-lax 625 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>fiber-lax 625 mg tablet 500mg polycarbophil</i>	3	MO; ADD
FLEET BISACODYL 10 MG ENEMA	3	MO; ADD; QL (111 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fleet enema</i>	3	MO; ADD; QL (399 por 30 días)
<i>fleet enema 2x133ml, twin pack</i>	3	MO; ADD; QL (798 por 30 días)
<i>fleet enema 4x133ml</i>	3	MO; ADD; QL (399 por 30 días)
FLEET MINERAL OIL ENEMA	3	MO; ADD; QL (399 por 30 días)
FLEET PEDIA- LAX ENEMA	3	MO; ADD; QL (198 por 30 días)
FLEET PEDIA- LAX STOOL SOFTENER	3	ADD
FLEET PEDIA- LAX SUPPOSITORIES	3	MO; ADD
<i>fosaprepitant</i>	1	MO
<i>ft antacid-antigas liquid</i>	3	MO; ADD
<i>ft antacid-antigas max str</i>	3	ADD
<i>ft castor oil usp</i>	3	ADD
<i>ft clearlax powder</i>	3	MO; ADD
<i>ft fiber laxative 625 mg cplt</i>	3	ADD
<i>ft gas relief 125 mg chew tab</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ft gas relief 125 mg softgel</i>	3	MO; ADD
FT GAS RELIEF 180 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>ft gentle laxative 10 mg supp</i>	3	MO; ADD
<i>ft inft gas rlf 20 mg/0.3 ml</i>	3	MO; ADD
<i>ft laxative ec 5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>ft magnesium citrate solution</i>	3	MO; ADD
<i>ft mineral oil</i>	3	MO; ADD
<i>ft motion sickness 25 mg tab</i>	3	ADD
<i>ft motion sickness 50 mg tab</i>	3	ADD
<i>ft senna laxative 8.6 mg tab</i>	3	ADD
<i>ft senna-s 8.6-50 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ft stool softener 100 mg sftgl</i>	3	ADD
<i>ft stool softener 250 mg sftgl</i>	3	ADD
<i>ft stool softener-stim lax tab</i>	3	ADD
<i>gas relief (simeth) 80 mg chew</i>	3	ADD
<i>gas relief 125 mg chew tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gas relief 125 mg chew tablet extra str, cherry crm</i>	3	MO; ADD
<i>gas relief 125 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>gas relief 180 mg softgel</i>	3	ADD
GAS-X EX-STR 125 MG TAB CHEW	3	MO; ADD
GAS-X EX-STR 125 MG TAB CHEW CHERRY CREME	3	MO; ADD
GAS-X EXTRA STRENGTH SOFTGEL	3	MO; ADD
GAS-X EXTRA STRENGTH SOFTGEL, EX-STRENGTH	3	MO; ADD
GAS-X ULTRA STRENGTH SOFTGEL	3	MO; ADD
GATTEX 30-VIAL	2	PA; MO; NDS
GATTEX ONE-VIAL	2	PA; MO; NDS
<i>gavilax powder 14 day</i>	3	MO; ADD
<i>gavilax powder 30 day</i>	3	MO; ADD
<i>gavilyte-c</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gavilyte-g</i>	1	MO
<i>gavilyte-n</i>	1	
GAVISCON ES TABLET CHEW EXTRA STRENGTH	3	MO; ADD
GAVISCON EXTRA STRENGTH LIQUID	3	MO; ADD
<i>generlac</i>	1	MO
<i>gentle laxative 10 mg supposit</i>	3	MO; ADD
<i>gentle laxative ec 5 mg tablet</i>	3	ADD
GNP ANTI-GAS 180 MG SOFTGEL	3	ADD
<i>gnp gas rlf(simeth) 80 mg chew</i>	3	ADD
<i>gnp gentle laxative 10 mg supp</i>	3	MO; ADD
<i>gnp gentle laxative ec 5 mg tb</i>	3	ADD
<i>gnp magnesium citrate solution</i>	3	MO; ADD
<i>gnp senna lax 8.6 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp senna plus 8.6-50 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>gnp stool softener 100 mg sfgl</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp stool softener 240 mg sfgl</i>	3	ADD
<i>gnp stool softener 250 mg sfgl</i>	3	ADD
<i>gnp stool softener-stim lax tb</i>	3	ADD
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	
<i>granisetron hcl oral</i>	1	B/D PA; MO
<i>gs clearlax powder</i>	3	MO; ADD
<i>gs gas relief 180 mg softgel</i>	3	ADD
GS HEMORRHOIDAL OINTMENT	3	MO; ADD
<i>healthylax powder packet outer</i>	3	MO; ADD
HEARTBURN RELIEF LIQUID	3	ADD
<i>hydrocortisone rectal</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>infant gas rlf 20 mg/0.3 ml</i>	3	MO; ADD
<i>infants' gas rlf 20 mg/0.3 ml</i>	3	MO; ADD
<i>infants' simethicone drops</i>	3	MO; ADD
<i>lactulose oral solution</i>	1	MO
<i>laxative 15 mg tablet</i>	3	ADD
<i>laxative 25 mg tablet</i>	3	ADD
<i>laxative ec 5 mg tablet</i>	3	ADD
LINZESS	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MAG-AL LIQUID 30 ML CUP	3	ADD
<i>mag-al plus suspens 30 ml cup 100's,u-d,10x10</i>	3	ADD
<i>mag-al plus suspens 30 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>mag-al plus xs susp 30 ml cup</i>	3	ADD
MAGNESIUM LACTATE SR 84 MG CPT	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>magnesium oxide 400 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM OXIDE 400 MG TABLET (OTC)	3	MO; ADD
MAG-TAB SR 84 MG CAPLET	3	MO; ADD
MAG-TAB SR 84 MG CAPLET	3	MO; ADD
MAG-TAB SR 84 MG CAPLET U/D,CAPLET	3	MO; ADD
<i>meclizine 12.5 mg caplet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>meclizine 12.5 mg caplet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>meclizine 12.5 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>meclizine 25 mg tablet chew</i>	3	MO; ADD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets)</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule, extended release</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>mesalamine rectal</i>	1	MO
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl injection syringe</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>milk of magnesia susp 2,400 mg/30 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>milk of magnesia susp 2,400 mg/30 ml cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>milk of magnesia susp 2,400 mg/30 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>milk of magnesia susp 2,400 mg/30 ml cup outer</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>milk of magnesia suspension</i>	3	MO; ADD
<i>milk of magnesia suspension 100's, u-d</i>	3	MO; ADD
<i>mineral oil</i>	3	MO; ADD
<i>mintox maximum strength susp max str, lemon creme</i>	3	MO; ADD
<i>mintox plus tablet chewable</i>	3	MO; ADD
<i>motion sickness 50 mg tablet</i>	3	ADD
<i>motion sickness rlf 25 mg tab</i>	3	ADD
<i>motion-time 25 mg tablet chew</i>	3	ADD
<i>nitroglycerin rectal</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>onelax senna 8.8 mg/5 ml syrup</i>	3	ADD
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>palonosetron intravenous syringe</i>	1	
<i>peg 3350-electrolytes</i>	1	
<i>peg-electrolyte</i>	1	MO
PHAZYME 250 MG SOFTGEL MAX-STRENGTH,SOFT GEL	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 14 once-daily doses (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 17 grams pkt,inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 17 grams pkts,outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 30 once-daily doses (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 7 once-daily doses (otc)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>polyethylene glycol 3350 powd inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>prochlorperazine</i>	1	MO
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	MO
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	1	MO
<i>procto-med hc</i>	1	MO
<i>proctosol hc topical</i>	1	MO
<i>proctozone-hc</i>	1	
<i>qc antacid-antigas suspension regular strength</i>	3	MO; ADD
<i>qc castor oil odorless-tasteless</i>	3	ADD
<i>qc chocolated laxative</i>	3	ADD
<i>qc gentle laxative 10 mg supp</i>	3	MO; ADD
<i>qc milk of magnesia suspension</i>	3	MO; ADD
<i>qc milk of magnesia suspension mint flavor</i>	3	MO; ADD
<i>qc milk of magnesia suspension original flavor</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>qc natura-lax 17 gm powder</i>	3	ADD
<i>qc stool softener 100 mg sftgl</i>	3	ADD
<i>qc vegetable laxative 8.6 mg tb</i>	3	ADD
READY TO USE MINERAL OIL ENEMA	3	ADD; QL (399 por 30 días)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	2	ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	2	ST; MO; QL (12 por 30 días); NDS
REMICADE	2	PA; MO; QL (20 por 28 días); NDS
SANCUSO	2	MO; NDS
<i>scopolamine base</i>	1	MO
<i>senexon-s 50-8.6 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>senna 26.4 mg/15 ml syrup cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>senna 26.4 mg/15 ml syrup cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>senna 8.6 mg tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>senna 8.8 mg/5 ml liquid</i>	3	ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup</i>	3	ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup</i>	3	MO; ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup cup</i>	3	MO; ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>senna laxative 8.6 mg tablet</i>	3	ADD
<i>senna plus 8.6-50 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>senna-lax 8.6 mg tablet</i>	3	ADD
<i>senna-time 8.6 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>senna-time s tablet</i>	3	ADD
<i>sennosides-docusate sodium tab</i>	3	ADD
<i>sennosides-docusate sodium tab inner</i>	3	ADD
<i>sennosides-docusate sodium tab outer</i>	3	ADD
SENOKOT 8.6 MG TABLET	3	MO; ADD
SENOKOT EXTRA STR 17.2 MG TAB	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SENOKOT-S TABLET	3	MO; ADD
<i>simethicone 125 mg tab chew</i>	3	ADD
<i>simethicone 80 mg tab chew</i>	3	MO; ADD
SKYRIZI INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (30 por 180 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	2	PA; MO; QL (1.2 por 56 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	2	PA; MO; QL (2.4 por 56 días); NDS
<i>sm enema ready to use</i>	3	MO; ADD; QL (399 por 30 días)
SM READY TO USE MIN OIL ENEMA	3	ADD; QL (399 por 30 días)
<i>sodium bicarb 10 grain tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sodium bicarb 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sodium bicarb 650 mg tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sodium bicarb 650 mg tablet 10 gr</i>	3	MO; ADD
SODIUM BICARBONATE POWDER USP (RX)	3	ADD
SODIUM BICARBONATE POWDER USP,EP,JP (RX)	3	ADD
SODIUM BICARBONATE POWDER USP,FOOD GRADE (RX)	3	ADD
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	1	MO
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	1	
<i>stimulant laxative plus tablet</i>	3	MO; ADD
<i>stool softener 100 mg softgel</i>	3	ADD
<i>stool softener-stim lax tablet</i>	3	ADD
SUCRAID	2	PA; NDS
<i>sulfasalazine</i>	1	MO
SYMPROIC	2	MO; QL (30 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRULANCE	2	QL (30 por 30 días)
<i>tums ultra str chewy delights</i>	3	MO; ADD
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet</i>	1	MO
VARUBI	2	B/D PA
VIBERZI	2	MO; QL (60 por 30 días); NDS
VOWST	2	PA; LA; NDS
<i>women's gentle lax ec 5 mg tab</i>	3	ADD
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 60,000-189,600-252,600 UNIT	2	MO; NDS
ZYMFENTRA	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>acidophilus 16 mg capsule extra strength (rx)</i>	3	ADD
<i>acidophilus 16 mg capsule p/f, extra strength (rx)</i>	3	ADD
<i>acidophilus 30 million capsule</i>	3	ADD
<i>acidophilus probiotic tablet</i>	3	ADD
<i>acidophilus-pectin capsule</i>	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS-PECTIN CAPSULE	3	ADD
<i>anti-diarrheal 1 mg/7.5 ml sol</i>	3	ADD
<i>anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>anti-diarrheal 2 mg softgel</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>anti-diarrheal 2 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>atropine injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous syringe 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/ml)</i>	1	
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE	3	MO; ADD
AZO DUAL PROTECTN 150-15 MG CP	3	ADD
BIO-K PLUS DR 50 BILLION CAP	3	ADD
BIOMEPRO 100 BILLION CFU LIQ OUTER	3	ADD
BIOMEPRO DR 50 BILLION CFU CAP	3	ADD
BIOMEPRO DR 50 BILLION CFU CAP OUTER	3	ADD
<i>bismuth 262 mg tablet chew</i>	3	MO; ADD
CULTURELLE ADV REG 11B CFU CAP	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CULTURELLE WOMEN'S 12B CHEW TB	3	ADD
CULTURELLE WOMEN'S 4-IN-1 CAP	3	MO; ADD
<i>dicyclomine intramuscular</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral capsule</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral solution</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine</i>	1	MO
EQL PROBIOTIC ACIDOPHIL-PECTIN	3	MO; ADD
FLORAJEN WOMEN 15 B CELL CAP	3	MO; ADD
<i>ft anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ft anti-diarrheal 2 mg softgel</i>	3	ADD
<i>ft stomach relief 525 mg/30 ml</i>	3	MO; ADD
<i>ft stomach rlf 262 mg chew tab</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	1	
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate injection</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>gnp anti-diarrheal 2 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gnp pink bismuth 262 mg tb chw</i>	3	ADD
<i>gnp pink bismuth 525 mg/15 ml</i>	3	ADD
GNP PROBIOTIC DIGEST 20B CFU	3	MO; ADD
<i>gnp stomach rlf 525 mg/30 ml</i>	3	MO; ADD
GS ANTI-DIARRHEAL 1 MG/7.5 ML	3	ADD
<i>gs anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD
IDEAL BOWEL SUPPORT 10B CFU CP	3	ADD
KALA TABLET	3	ADD
<i>loperamide 1 mg/7.5 ml soln</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LOPERAMIDE 1 MG/7.5 ML SOLN	3	MO; ADD
LOPERAMIDE 2 MG/15 ML SOLUTION CUP INNER	3	MO; ADD
LOPERAMIDE 2 MG/15 ML SOLUTION CUP OUTER	3	MO; ADD
<i>loperamide oral capsule</i>	1	MO
<i>opium tincture</i>	1	MO
<i>pink bismuth caplet</i>	3	ADD
PRIMADOPHILUS ORIG DR 5B CFU	3	ADD
PROBIOTIC 15 BILLION CELL CAP	3	ADD
PROBIOTIC ACIDOPHIL-PECTIN CAP	3	MO; ADD
<i>qc anti-diarrheal 2 mg softgel</i>	3	ADD
<i>stomach relief 262 mg caplet</i>	3	ADD
<i>stomach relief 262 mg chew tab</i>	3	ADD
<i>stomach relief 525 mg/15 ml</i>	3	MO; ADD
<i>stomach rlf 525 mg/30 ml susp</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
<i>acid reducer 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>acid reducer 10 mg tablet original strength</i>	3	ADD
<i>acid reducer 20 mg tablet</i>	3	ADD
<i>acid reducer 20 mg tablet maximum strength</i>	3	ADD
<i>acid reducer 20 mg tablet max-str</i>	3	ADD
<i>acid reducer dr 20 mg cap</i>	3	ADD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>esomeprazole sodium</i>	1	MO
<i>famotidine (pf)</i>	1	MO
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>famotidine 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>famotidine 20 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>famotidine intravenous</i>	1	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>ft acid reducer 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>ft acid reducer 20 mg tablet</i>	3	ADD
<i>ft acid reducer dr 15 mg cap</i>	3	MO; ADD
<i>gnp acid reducer 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp acid reducer 20 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp lansoprazole dr 15 mg cap (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp omeprazole dr 20 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gnp omeprazole mag dr 20 mg cp</i>	3	MO; ADD
<i>gs acid reducer 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs acid reducer 20 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gs lansoprazole dr 15 mg odt (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>gs omeprazole dr 20 mg odt</i>	3	ADD
<i>gs omeprazole dr 20 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gs omeprazole dr 20 mg tablet 14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>heartburn relief 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>heartburn relief 20 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>misoprostol</i>	1	MO
<i>nizatidine oral capsule</i>	1	MO
<i>omeprazole dr 20 mg odt</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>omeprazole dr 20 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole dr 20 mg tablet 14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole dr 20 mg tablet 1x14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole dr 20 mg tablet 2x14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole dr 20 mg tablet 3x14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole mag dr 20 mg cap</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole mag dr 20 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole mag dr 20 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole mag dr 20.6 mg cap one 14-day course</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole mag dr 20.6 mg cap three 14-day course</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole mag dr 20.6 mg cap two 14-day course</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pantoprazole intravenous</i>	1	MO
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
PREVACID 24HR DR 15 MG CAPSULE	3	ADD
<i>qc esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sucralfate</i>	1	MO

IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA

MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS

ACTIMMUNE	2	PA; MO; NDS
ARCALYST	2	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	2	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	2	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BESREMI	2	PA; LA; NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	2	PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS
FULPHILA	2	PA; MO; NDS
ILARIS (PF)	2	PA; MO; LA; QL (2 por 28 días); NDS
NIVESTYM	2	PA; MO; NDS
NYVEPRIA	2	PA; MO; NDS
OMNITROPE	2	PA; MO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	MO; QL (4 por 28 días); NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	MO; QL (2 por 28 días); NDS
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR	2	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 por 180 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 por 180 días); NDS
<i>plerixafor</i>	1	B/D PA; MO; NDS
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	2	PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	2	PA; MO; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS	2	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	2	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	2	PA; MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ABRYSVO (PF)	1	V
ACTHIB (PF)	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	1	V
AREXVY (PF)	1	V
BCG VACCINE, LIVE (PF)	1	V
BEXSERO	1	V
BOOSTRIX TDAP	1	V
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	2	
DENGVAIXIA (PF)	2	
ENGERIX-B (PF)	1	B/D PA; V
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	1	B/D PA; V
<i>fomepizole</i>	1	
GAMASTAN	2	MO
GARDASIL 9 (PF)	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	2	
HEPLISAV-B (PF)	1	B/D PA; V

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HIBERIX (PF)	2	
HIZENTRA	2	B/D PA; MO; NDS
HYPERHEP B	2	
HYPERHEP B NEONATAL	2	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	1	V
INFANRIX (DTAP) (PF)	2	
IPOL	1	V
IXIARO (PF)	1	V
JYNNEOS (PF)	1	B/D PA; V
KINRIX (PF)	2	
MENQUADFI (PF)	1	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	V
M-M-R II (PF)	1	V
MRESVIA (PF)	1	V
PEDIARIX (PF)	2	
PEDVAX HIB (PF)	2	
PENBRAYA (PF)	1	V
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	1	V
PENTACEL (PF)	2	
PRIORIX (PF)	1	V
PRIVIGEN	2	PA; MO; NDS
PROQUAD (PF)	2	
QUADRACEL (PF)	2	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RABAVERT (PF)	1	V
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA; V
ROTARIX ORAL SUSPENSION	2	
ROTATEQ VACCINE	2	
SHINGRIX (PF)	1	V; QL (2 por 720 días)
TENIVAC (PF)	1	V
TICE BCG	2	B/D PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	2	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	2	V
TRUMENBA	1	V
TWINRIX (PF)	1	V
TYPHIM VI	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	V

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	V
VARIVAX (PF)	1	V
VARIZIG	2	
VAXCHORA VACCINE	1	V
VIMKUNYA	1	V
VIVOTIF	1	MO; V
YF-VAX (PF)	1	V

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES

AGENTES COADYUVANTES

BOMYNTRA	2	B/D PA; MO; NDS
<i>dexrazoxane hcl</i>	1	B/D PA; MO; NDS
ELITEK	2	MO; NDS
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG	2	B/D PA; NDS
<i>leucovorin calcium oral</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution</i>	1	B/D PA; NDS
<i>mesna intravenous</i>	1	B/D PA; MO
<i>mesna oral</i>	1	MO; NDS
MESNEX ORAL	2	MO; NDS
WYOST	2	B/D PA; MO; NDS
XGEVA	2	B/D PA; MO; NDS

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES

<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>abirtega</i>	1	PA; QL (120 por 30 días)
ABRAXANE	2	B/D PA; MO; NDS
ADCETRIS	2	B/D PA; MO; NDS
ADSTILADRIN	2	PA; NDS
AKEEGA	2	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ALECENSA	2	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
ALIQOPA	2	B/D PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	2	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	2	PA; QL (60 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	2	PA; QL (30 por 180 días); NDS
<i>anastrozole</i>	1	MO
ANKTIVA	2	PA; MO; NDS
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	B/D PA; NDS
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA; MO; NDS
ASPARLAS	2	PA; NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	2	PA; QL (60 por 30 días); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	2	PA; QL (240 por 30 días); NDS
AVMAPKI-FAKZYNJA	2	PA; QL (66 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AYVAKIT	2	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>azacitidine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine sodium</i>	1	B/D PA; MO
BALVERSA	2	PA; LA; NDS
BAVENCIO	2	B/D PA; LA; NDS
BELEODAQ	2	B/D PA; NDS
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO; NDS
BENDEKA	2	B/D PA; MO; NDS
BESPONSA	2	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>bexarotene</i>	1	PA; MO; NDS
<i>bicalutamide</i>	1	MO
BIZENGRI	2	PA; NDS
BLENREP INTRAVENOUS RECON SOLN 70 MG	2	PA; NDS
<i>bleomycin</i>	1	B/D PA; MO
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	2	B/D PA; NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	2	B/D PA; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	2	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	2	PA; MO; QL (330 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
BRAFTOVI	2	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE	2	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
BRUKINSA ORAL TABLET	2	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>busulfan</i>	1	B/D PA; NDS
CABOMETYX	2	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	2	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	2	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>carboplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>cisplatin intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>cladribine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>clofarabine</i>	1	B/D PA; NDS
COLUMVI	2	PA; MO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	2	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	2	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	2	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
COPIKTRA	2	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COTELLIC	2	PA; MO; LA; QL (63 por 28 días); NDS
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG	2	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	2	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	1	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYRAMZA	2	B/D PA; MO; NDS
<i>cytarabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml</i>	1	B/D PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dacarbazine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dactinomycin</i>	1	B/D PA; MO
DANYELZA	2	B/D PA; NDS
DANZITEN	2	PA; QL (112 por 28 días); NDS
DARZALEX	2	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
<i>dasatinib oral tablet 70 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
DATROWAY	2	PA; MO; NDS
<i>daunorubicin</i>	1	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>decitabine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	1	B/D PA; NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>doxorubicin intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	1	B/D PA; MO; NDS
DROXIA	2	MO
ELAHERE	2	PA; LA; NDS
ELIGARD	2	PA; MO
ELIGARD (3 MONTH)	2	PA; MO
ELIGARD (4 MONTH)	2	PA; MO
ELIGARD (6 MONTH)	2	PA; MO
ELREXFIO	2	PA; NDS
ELZONRIS	2	B/D PA; LA; NDS
EMPLICITI	2	B/D PA; MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EMRELIS	2	PA; NDS
ENVARUS XR	2	B/D PA; MO
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
EPKINLY	2	PA; NDS
ERBITUX	2	B/D PA; MO; NDS
<i>eribulin</i>	1	B/D PA; NDS
ERIVEDGE	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ERWINASE	2	B/D PA; NDS
ETOPOPHOS	2	B/D PA; MO
<i>etoposide intravenous</i>	1	B/D PA; MO
EULEXIN	2	NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (330 por 30 días); NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>exemestane</i>	1	MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	2	PA; MO; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	2	PA; MO
<i>floxuridine</i>	1	B/D PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fludarabine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>fludarabine intravenous solution</i>	1	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i>	1	B/D PA
FOTIVDA	2	PA; LA; QL (21 por 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	2	PA; QL (84 por 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	2	PA; QL (21 por 28 días); NDS
<i>fulvestrant</i>	1	B/D PA; MO; NDS
FYARRO	2	PA; NDS
GAVRETO	2	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
GAZYVA	2	B/D PA; MO; NDS
<i>gefitinib</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	1	B/D PA
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	2	B/D PA
<i>gengraf</i>	1	B/D PA; MO
GILOTRIF	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	2	MO
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	2	MO; NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	2	PA; QL (126 por 28 días); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	2	PA; QL (84 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION	2	PA; QL (168 por 28 días); NDS
GRAFAPEX	2	B/D PA; NDS
HERNEXEOS	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
<i>hydroxyurea</i>	1	MO
IBRANCE	2	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
IBTROZI	2	PA; QL (90 por 30 días); NDS
ICLUSIG	2	PA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>idarubicin</i>	1	B/D PA; MO
IDHIFA	2	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>ifosfamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml</i>	1	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	2	PA; QL (120 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	2	PA; QL (30 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	2	PA; QL (324 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	2	PA; QL (30 por 30 días); NDS
IMDELLTRA	2	PA; MO; NDS
IMFINZI	2	B/D PA; MO; LA; NDS
IMJUDO	2	PA; MO; NDS
IMKELDI	2	PA; MO; QL (280 por 28 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	2	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
INQOVI	2	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INREBIC	2	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml</i>	1	B/D PA; NDS
<i>irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; NDS
ISTODAX	2	B/D PA; MO; NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
IWILFIN	2	PA; LA; QL (240 por 30 días); NDS
IXEMPRA	2	B/D PA; MO; NDS
JAKAFI	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
JEMPERLI	2	PA; MO; NDS
JEVTANA	2	B/D PA; MO; NDS
JYLAMVO	2	B/D PA; MO
KADCYLA	2	PA; MO; NDS
KEYTRUDA	2	PA; MO; NDS
KIMMTRAK	2	B/D PA; NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	2	PA; QL (70 por 28 días); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	2	PA; QL (91 por 28 días); NDS
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	2	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	2	PA; MO; QL (42 por 28 días); NDS
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	2	PA; MO; QL (63 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
KOSELUGO ORAL CAPSULE	2	PA; NDS
KRAZATI	2	PA; QL (180 por 30 días); NDS
KYPROLIS	2	B/D PA; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	1	PA; MO; NDS
<i>lapatinib</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	2	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	2	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg</i>	1	PA; QL (28 por 28 días); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>letrozole</i>	1	MO
LEUKERAN	2	MO; NDS
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	1	PA; MO
LIBTAYO	2	PA; LA; NDS
LONSURF	2	PA; MO; NDS
LOQTORZI	2	PA; MO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	2	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LUNSUMIO	2	PA; MO; NDS
LUPRON DEPOT	2	PA; MO; NDS
LYNOZYFIC	2	PA; NDS
LYNPARZA	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
LYSODREN	2	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	2	PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	2	PA; LA; QL (112 por 28 días); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	2	PA; LA; QL (140 por 28 días); NDS
MATULANE	2	NDS
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	PA
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	1	PA; MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MEKINIST ORAL RECON SOLN	2	PA; MO; QL (1260 por 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
MEKTOVI	2	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
<i>melfalan hcl</i>	1	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurine oral suspension</i>	1	MO; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	1	MO
<i>methotrexate sodium</i>	1	B/D PA; MO
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln</i>	1	B/D PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 5 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 40 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>mitoxantrone</i>	1	B/D PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MODEYSO	2	PA; QL (20 por 28 días); NDS
MONJUVI	2	PA; LA; NDS
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	1	B/D PA; MO
MYHIBBIN	2	B/D PA; MO; NDS
MYLOTARG	2	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>nelarabine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
NERLYNX	2	PA; MO; LA; NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
<i>nilutamide</i>	1	PA; MO; NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NINLARO	2	PA; MO; QL (3 por 28 días); NDS
NUBEQA	2	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
NULOJIX	2	B/D PA; MO; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	PA; MO; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO; NDS
<i>octreotide, microspheres</i>	1	PA; NDS
ODOMZO	2	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	2	PA; QL (56 por 28 días); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	2	PA; QL (180 por 30 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	2	PA; QL (96 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	2	PA; QL (16 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	2	PA; QL (20 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	2	PA; QL (24 por 28 días); NDS
OJJAARA	2	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ONCASPAR	2	B/D PA; NDS
ONIVYDE	2	B/D PA; NDS
ONUREG	2	PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS
OPDIVO	2	PA; MO; NDS
OPDIVO QVANTIG	2	PA; MO; NDS
OPDUALAG	2	PA; MO; NDS
ORGOVYX	2	PA; LA; QL (30 por 28 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	2	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	2	PA; QL (90 por 30 días); NDS
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	1	B/D PA; MO
<i>paclitaxel protein-bound</i>	1	B/D PA; MO; NDS
PADCEV	2	PA; MO; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
PEMAZYRE	2	PA; LA; QL (28 por 28 días); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	1	B/D PA; NDS
PERJETA	2	B/D PA; MO; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	2	PA; QL (28 por 28 días); NDS
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	2	PA; QL (56 por 28 días); NDS
POLIVY	2	PA; MO; NDS
POMALYST	2	PA; MO; LA; QL (21 por 28 días); NDS
POTELIGEO	2	PA; NDS
PRALATREXATE	2	B/D PA; MO; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS	2	B/D PA; MO
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	2	B/D PA; MO
PURIXAN	2	NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QINLOCK	2	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	2	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	2	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días); NDS
REVLIMID	2	PA; MO; LA; QL (28 por 28 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	2	PA; QL (120 por 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	2	PA; QL (60 por 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	2	PA; QL (240 por 30 días); NDS
REZLIDHIA	2	PA; QL (60 por 30 días); NDS
REZUROCK	2	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>romidepsin intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; NDS
ROMVIMZA	2	PA; LA; QL (8 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	2	PA; MO; QL (150 por 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	2	PA; MO; QL (336 por 28 días); NDS
RUBRACA	2	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
RUXIENCE	2	PA; MO; NDS
RYBREVANT	2	PA; MO; NDS
RYDAPT	2	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
RYLAZE	2	B/D PA; NDS
RYTELO	2	PA; NDS
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON	2	PA; MO; NDS
SARCLISA	2	PA; LA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	2	PA; QL (120 por 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	2	PA; QL (600 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	2	PA; QL (300 por 30 días); NDS
SIGNIFOR	2	PA; NDS
SIMULECT	2	B/D PA; MO
<i>sirolimus oral solution</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>sirolimus oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
SOLTAMOX	2	MO; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	2	PA; MO; NDS
<i>sorafenib</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 70 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
STIVARGA	2	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sunitinib malate</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
SYLVANT	2	B/D PA; MO; NDS
TABLOID	2	MO
TABRECTA	2	PA; MO; NDS
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	2	PA; MO; QL (840 por 28 días); NDS
TAGRISSE	2	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
TALVEY	2	PA; NDS
TALZENNA	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>tamoxifen</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	2	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
TAZVERIK	2	PA; LA; NDS
TECENTRIQ	2	B/D PA; MO; LA; NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TECENTRIQ HYBREZA	2	B/D PA; MO; LA; NDS
TECVAYLI	2	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOUS	2	B/D PA; MO; NDS
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA; MO; NDS
TEPMETKO	2	PA; LA; NDS
TEVIMBRA	2	PA; NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	2	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	2	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; NDS
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
TIBSOVO	2	PA; NDS
TIVDAK	2	PA; MO; NDS
<i>topotecan</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>toremifene</i>	1	MO; NDS
<i>torpenz</i>	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
TRAZIMERA	2	B/D PA; MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	2	PA; MO
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	1	MO; NDS
TRODELVY	2	PA; LA; NDS
TRUQAP	2	PA; QL (64 por 28 días); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	2	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	2	PA; LA; QL (300 por 30 días); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	2	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
UNITUXIN	2	B/D PA; NDS
<i>valrubicin</i>	1	B/D PA; MO; NDS
VANFLYTA	2	PA; QL (56 por 28 días); NDS
VECTIBIX	2	B/D PA; MO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	2	PA; LA; QL (60 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; LA; QL (180 por 30 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	2	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK	2	PA; LA; QL (42 por 180 días); NDS
VERZENIO	2	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>vinblastine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vincristine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vinorelbine</i>	1	B/D PA; MO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	2	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	2	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION	2	PA; MO; LA; QL (300 por 30 días); NDS
VIZIMPRO	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
VONJO	2	PA; QL (120 por 30 días); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	2	PA; QL (60 por 30 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	2	PA; QL (30 por 30 días); NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	2	PA; LA; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	2	PA; NDS
VYXEOS	2	B/D PA; NDS
WELIREG	2	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	2	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XERMELO	2	PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS
XOSPATA	2	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
XPOVIO	2	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
YERVOY	2	B/D PA; MO; NDS
YONDELIS	2	B/D PA; NDS
ZALTRAP	2	B/D PA; MO; NDS
ZANOSAR	2	B/D PA; MO
ZEJULA ORAL TABLET	2	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
ZELBORAF	2	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
ZEPZELCA	2	PA; NDS
ZIIHERA	2	PA; NDS
ZIRABEV	2	B/D PA; MO; NDS
ZOLADEX	2	PA; MO
ZOLINZA	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
ZYDELIG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ZYKADIA	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ZYNLONTA	2	PA; LA; NDS
ZYNYZ	2	PA; MO; NDS

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

<i>benztropine injection</i>	1	MO
<i>benztropine oral</i>	1	PA; MO
<i>bromocriptine oral capsule</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet</i>	1	MO
<i>carbidopa</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	MO
<i>entacapone</i>	1	MO
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	2	PA; QL (300 por 30 días); NDS
NEUPRO	2	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>pramipexole oral tablet</i>	1	MO
<i>rasagiline</i>	1	MO
<i>ropinirole</i>	1	MO
<i>selegiline hcl</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl oral tablet</i>	1	MO

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	1	QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
BELBUCA	2	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	1	MO
<i>buprenorphine transdermal patch</i>	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (360 por 30 días)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution</i>	1	
<i>fentanyl citrate (pf) injection syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	1	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	1	QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	MO; QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	1	QL (360 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid</i>	1	MO; QL (2400 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>methadone injection solution</i>	1	
<i>methadone intensol</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral concentrate</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (600 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>methadose oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i>	1	
<i>morphine (pf) injection solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine concentrate oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine injection syringe 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>morphine oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine oral tablet</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>morphine oral tablet extended release</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>oxycodone oral capsule</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	2	PA; MO; QL (90 por 30 días)
OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 80 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
SUBLOCADE	2	MO; NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i>8 hour acetaminophen er 650 mg</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>8hr arthritis pain er 650 mg</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 120 mg suppos</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 120 mg suppos inner</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 120 mg suppos outer</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml liq</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml soln</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml solution cup inner</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml solution cup outer</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml suspension cup inner</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml suspension cup outer</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml syr inner</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml syr outer</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 325 mg gelcap</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acetaminophen 325 mg/10.15 ml cup inner</i>	3	ADD
ACETAMINOPHEN 325 MG/10.15 ML CUP INNER	3	ADD
<i>acetaminophen 325 mg/10.15 ml cup outer</i>	3	ADD
ACETAMINOPHEN 325 MG/10.15 ML CUP OUTER	3	ADD
<i>acetaminophen 500 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 500 mg gelcap</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 500 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 500 mg tablet extra strength</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 650 mg suppos</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 650 mg suppos outer</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 650 mg/20.3 ml cup inner</i>	3	ADD
ACETAMINOPHEN 650 MG/20.3 ML CUP INNER	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acetaminophen 650 mg/20.3 ml cup outer</i>	3	ADD
ACETAMINOPHEN 650 MG/20.3 ML CUP OUTER	3	ADD
ACETAMINOPHEN 80 MG/2.5 ML SYR INNER	3	ADD
ACETAMINOPHEN 80 MG/2.5 ML SYR OUTER	3	ADD
<i>acetaminophen er 650 mg caplet</i>	3	ADD
<i>acetaminophen er 650 mg tablet</i>	3	ADD
ACETAMINOPHEN POWDER USP (RX)	3	ADD
<i>all day pain relief 220 mg tab</i>	3	ADD
<i>all day pain rlf 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>all day pain rlf 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>all day relief 220 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>all day relief 220 mg caplet caplet, gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>all day relief 220 mg tablet</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>all day relief 220 mg tablet gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>arthritis pain er 650 mg caplt</i>	3	ADD
<i>arthritis pain er 650 mg tab inner</i>	3	ADD
<i>arthritis pain er 650 mg tab outer</i>	3	ADD
<i>aspirin 300 mg suppository</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 325 mg tablet regular strength</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet adult low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet child low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet gluten-free, orange</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet low dose, cherry</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>aspirin 81 mg chewable tablet tab chew,cherry</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet tab chew,orange</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 325 mg tablet regular strength</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 81 mg tablet adult low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin regimen 81 mg ec tab</i>	3	ADD
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>butorphanol injection</i>	1	MO
<i>butorphanol nasal</i>	1	MO; QL (10 por 28 días)
<i>celecoxib</i>	1	MO
<i>child acetaminophen 160 mg</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml cup inner, d/f</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml cup outer, d/f</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml cup u-d</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml cup u-d, 100's, hosp use</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml cup u-d, 30's, hosp use</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml syrg</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 200 mg/10 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 200 mg/10 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>child pain-fever 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>child pain-fever 160 mg/5 ml as, ibu/f</i>	3	MO; ADD
<i>child pain-fever 160 mg/5 ml gluten-f, grape</i>	3	MO; ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml berry</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml berry flavor</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml d/f</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml dye/free</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml gluten/f, berry</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml gluten/f, grape</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml gluten/f, bubble</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml grape</i>	3	ADD
<i>children's mapap 80 mg tab chw</i>	3	MO; ADD
<i>child's mapap 160 mg tab chew</i>	3	MO; ADD
<i>chld acetaminophen 160 mg/5 ml</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>chld acetaminophen 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>chld acetaminophen 160 mg/5 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>chld acetaminophen 160 mg/5 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>chld acetaminophen 160 mg/5 ml gluten/f, grape</i>	3	MO; ADD
<i>clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml</i>	1	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	1	MO; QL (1000 por 28 días)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump</i>	1	MO; QL (224 por 28 días); NDS
<i>diclofenac-misoprostol</i>	1	MO
<i>diflunisal</i>	1	MO
DOLOGESIC 500-1 MG CAPLET	3	ADD
DOLOGESIC-DF 500-1 MG CAPLET	3	ADD
<i>ed-apap 160 mg/5 ml liquid</i>	3	ADD
<i>etodolac</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>feverall 120 mg suppository childrens, outer</i>	3	MO; ADD
<i>feverall 120 mg suppository children's, outer</i>	3	MO; ADD
<i>feverall 325 mg suppository junior str, outer</i>	3	MO; ADD
<i>feverall 650 mg suppository adult, outer</i>	3	ADD
FEVERALL 80 MG SUPPOSITORY INFANT'S, INNER	3	MO; ADD
FEVERALL 80 MG SUPPOSITORY INFANT'S, OUTER	3	MO; ADD
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>ft 8 hour pain rlf er 650 mg</i>	3	MO; ADD
<i>ft aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ft aspirin ec 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ft aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ft child acetaminophen 160 mg</i>	3	ADD
<i>ft child ibuprofen 100 mg/5 ml</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ft ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ft ibuprofen 200 mg mini sfgl</i>	3	MO; ADD
<i>ft ibuprofen 200 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>ft ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ft ibuprofen ib 100 mg chew tb</i>	3	ADD
<i>ft naproxen sodium 220 mg cap</i>	3	MO; ADD
<i>ft pain relief 325 mg tablet</i>	3	ADD
<i>ft pain relief 500 mg gelcap</i>	3	ADD
<i>ft pain relief 500 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp 8 hour pain relief 650 mg</i>	3	MO; ADD
<i>gnp 8hr arthrit pain er 650 mg</i>	3	MO; ADD
<i>gnp aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gnp aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gnp child pain relief 160 mg</i>	3	ADD
<i>gnp ibuprofen 100 mg chew tab</i>	3	ADD
<i>gnp ibuprofen 200 mg mini sfgl</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp ibuprofen 200 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>gnp ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gnp naproxen sod 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>gnp naproxen sod 220 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp pain relief 500 mg caplet</i>	3	ADD
<i>gnp pain relief 500 mg gelcap</i>	3	ADD
<i>gs arthritis pain er 650 mg</i>	3	ADD
<i>gs aspirin 81 mg chewable tab</i>	3	MO; ADD
<i>gs child fever-pain 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>gs child ibuprofen 100 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>gs child pain-fever 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>gs ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>gs ibuprofen 200 mg liquid gel</i>	3	MO; ADD
<i>gs ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gs inf ibuprofen 50 mg/1.25 ml</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gs infant pain-fever 160 mg/5</i>	3	ADD
<i>gs naproxen sod 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>gs naproxen sod 220 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs pain relief 325 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs pain relief 500 mg caplet</i>	3	ADD
<i>ibu</i>	1	MO
<i>ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg caplet caplet, coated</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg coated caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg tablet coated</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg tablet coated caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg/10 ml suspension cup 100's, u-d cups (otc)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ibuprofen 200 mg/10 ml suspension cup 30's, u-d cups (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg/10 ml suspension cup u-d (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen jr str 100 mg tb chw</i>	3	ADD
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml</i>	3	MO; ADD
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml berry</i>	3	MO; ADD
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml berry,infant</i>	3	MO; ADD
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml d/f,berry,infant</i>	3	MO; ADD
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml d/f,non-staining</i>	3	MO; ADD
<i>infant pain-fever 160 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>infant pain-fever 160 mg/5 ml grape</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>infant pain-fever 160 mg/5 ml w/syringe, grape</i>	3	ADD
<i>infants pain-fever 160 mg/5 ml dye-free, cherry</i>	3	ADD
JOURNAVX	2	MO; QL (30 por 90 días)
<i>lurbiro</i>	1	
<i>mapap 500 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>nabumetone</i>	1	MO
<i>nalbuphine</i>	1	
<i>naloxone injection solution</i>	1	MO
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe)</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>naloxone nasal</i>	1	MO
<i>naltrexone</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>naproxen sodium 220 mg capsule</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>naproxen sodium 220 mg tablet</i>	3	ADD
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1	MO
<i>pain relief 325 mg tablet</i>	3	ADD
<i>pain relief 500 mg caplet caplet, extra-strength</i>	3	ADD
<i>pain relief 500 mg tablet extra strength</i>	3	ADD
<i>pharbetol 325 mg tablet regular strength</i>	3	ADD
<i>pharbetol 500 mg tablet extra strength</i>	3	ADD
<i>piroxicam</i>	1	MO
<i>qc aspirin ec 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>qc aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>qc child pain rlf 160 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>qc infant pain-fever 160 mg/5</i>	3	ADD
<i>qc non-aspirin 500 mg gelcap gelcap, ex-str</i>	3	ADD
<i>qc pain relief 500 mg caplet</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>salsalate</i>	1	MO
<i>sm aspirin 81 mg chewable tab</i>	3	MO; ADD
<i>sm child ibuprofen 100 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>st. joseph aspirin 81 mg chew</i>	3	MO; ADD
<i>sulindac</i>	1	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
VIVITROL	2	MO; NDS
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG	2	MO; QL (30 por 30 días)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)
ANTICONVULSIVANTES		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG	2	MO; QL (180 por 30 días); NDS
APTIOM ORAL TABLET 400 MG	2	MO; QL (90 por 30 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	2	MO; QL (60 por 30 días); NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS	2	MO; QL (600 por 30 días)
BRIVIACT ORAL SOLUTION	2	MO; QL (600 por 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET	2	MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	MO
<i>clobazam oral suspension</i>	1	PA; MO; QL (480 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clobazam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	MO; QL (300 por 30 días)
DIACOMIT	2	PA; LA; NDS
<i>diazepam rectal</i>	1	MO
DILANTIN 30 MG	2	MO
<i>divalproex</i>	1	MO
EPIDIOLEX	2	PA; MO; LA; NDS
EPRONTIA	2	PA; MO
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días); NDS
<i>eslicarbazepine oral tablet 400 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días); NDS
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>ethosuximide</i>	1	MO
<i>felbamate</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FINTEPLA	2	PA; LA; QL (360 por 30 días); NDS
<i>fosphenytoin</i>	1	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	2	MO; QL (720 por 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	2	MO; QL (30 por 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	2	MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (270 por 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (2160 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	1	QL (2160 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 450 mg, 750 mg, 900 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lacosamide intravenous</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral solution</i>	1	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml</i>	1	
<i>levetiracetam intravenous</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>methsuximide</i>	1	MO
NAYZILAM	2	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	1	MO
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>phenobarbital oral elixir</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	PA

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml</i>	1	MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 65 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pregabalin oral solution</i>	1	MO; QL (900 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	2	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1	PA; MO; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	2	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG	2	MO
<i>subvenite</i>	1	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiagabine</i>	1	MO
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	1	PA; MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>topiramate oral solution</i>	1	PA; MO
<i>topiramate oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>valproate sodium</i>	1	MO
<i>valproic acid</i>	1	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	
VALTOCO	2	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	1	PA; MO; LA; NDS
<i>vigadrone</i>	1	PA; LA; NDS
<i>vigpoder</i>	1	PA; LA; NDS
XCOPRI MAINTENANCE PACK	2	MO; QL (56 por 28 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	2	MO; QL (30 por 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	2	MO; QL (60 por 30 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	2	MO; QL (28 por 180 días)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	2	MO; QL (28 por 180 días); NDS
ZONISADE	2	PA; MO; NDS
<i>zonisamide</i>	1	PA; MO
ZTALMY	2	PA; LA; QL (1100 por 30 días); NDS

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	2	MO; QL (2.4 por 56 días); NDS
--	---	-------------------------------

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	2	MO; QL (3.2 por 56 días); NDS
ABILIFY MAINTENA	2	MO; QL (1 por 28 días); NDS
<i>amitriptyline</i>	1	MO
<i>amoxapine</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
ARISTADA INITIO	2	MO; QL (4.8 por 365 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	2	MO; QL (3.9 por 56 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	2	MO; QL (1.6 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	2	MO; QL (2.4 por 28 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	2	MO; QL (3.2 por 28 días); NDS
<i>armodafinil</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>asenapine maleate</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
AUVELITY	2	ST; QL (60 por 30 días); NDS
BELSOMRA	2	PA; QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>buspirone</i>	1	MO
CAPLYTA	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>chlorpromazine</i>	1	MO
<i>citalopram oral solution</i>	1	MO
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>clomipramine</i>	1	MO
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (360 por 30 días)
<i>clozapine</i>	1	
COBENFY	2	MO; QL (60 por 30 días)
COBENFY STARTER PACK	2	MO; QL (56 por 180 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>desipramine</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine succinate</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	1	MO
<i>diazepam injection</i>	1	PA
<i>diazepam intensol</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1	PA; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	1	PA; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>doxepin oral capsule</i>	1	MO
<i>doxepin oral concentrate</i>	1	MO
<i>doxepin oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	2	MO; QL (90 por 30 días)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
EMSAM	2	MO; NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
FANAPT	2	ST; MO; QL (60 por 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A	2	ST; MO; QL (8 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK B	2	ST; QL (12 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK C	2	ST; QL (8 por 180 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	2	QL (28 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR	2	QL (30 por 30 días)
<i>flumazenil</i>	1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>fluoxetine oral solution</i>	1	MO
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl</i>	1	MO
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>haloperidol</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate injection</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate intramuscular</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral</i>	1	MO
<i>imipramine hcl</i>	1	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	2	MO; QL (3.5 por 180 días); NDS
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	2	MO; QL (5 por 180 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	2	MO; QL (0.75 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	2	MO; QL (1 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	2	MO; QL (1.5 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	2	MO; QL (0.25 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	2	MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	2	MO; QL (0.88 por 90 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	2	MO; QL (1.32 por 90 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	2	MO; QL (1.75 por 90 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	2	MO; QL (2.63 por 90 días); NDS
<i>lithium carbonate</i>	1	MO
<i>lithium citrate</i>	1	
<i>lorazepam injection</i>	1	PA; MO
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>loxapine succinate</i>	1	MO
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MARPLAN	2	MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable</i>	1	MO
<i>mirtazapine</i>	1	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; QL (60 por 30 días)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1	
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone</i>	1	MO
<i>nortriptyline</i>	1	MO
NUPLAZID	2	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine intramuscular</i>	1	MO
<i>olanzapine oral</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	2	ST; MO; QL (90 por 30 días); NDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	2	ST; MO; QL (30 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OPIPZA ORAL FILM 5 MG	2	ST; MO; QL (180 por 30 días); NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	1	
<i>perphenazine</i>	1	MO
<i>phenelzine</i>	1	MO
<i>pimozide</i>	1	MO
<i>protriptyline</i>	1	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
RALDESY	2	MO; NDS
<i>ramelteon</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
REXULTI ORAL TABLET	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 por 28 días); NDS
<i>risperidone oral solution</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
SECUADO	2	MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>sertraline oral concentrate</i>	1	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>sertraline oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054)	2	PA; LA; QL (540 por 30 días); NDS
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	2	PA; MO; NDS
<i>thioridazine</i>	1	MO
<i>thiothixene</i>	1	MO
<i>tranlycypromine</i>	1	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	1	MO
<i>trimipramine</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRINTELLIX	2	QL (30 por 30 días)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	2	MO; QL (0.28 por 28 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	2	MO; QL (0.35 por 28 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	2	MO; QL (0.42 por 56 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	2	MO; QL (0.56 por 56 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	2	MO; QL (0.7 por 56 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	2	MO; QL (0.14 por 28 días); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	2	MO; QL (0.21 por 28 días); NDS
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
VERSACLOZ	2	NDS
<i>vilazodone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>zolpidem oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	2	PA; MO; QL (28 por 365 días); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	2	PA; MO; QL (14 por 365 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	2	QL (2 por 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	2	QL (2 por 28 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	2	QL (1 por 28 días); NDS
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
<i>baclofen oral tablet</i>	1	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dantrolene intravenous</i>	1	
<i>dantrolene oral</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	1	MO
<i>revonto</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet</i>	1	MO
VYVGART	2	PA; MO; LA; NDS
VYVGART HYTRULO	2	PA; MO; LA; NDS
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	2	PA; MO; QL (1 por 30 días)
<i>dihydroergotamine injection</i>	1	NDS
<i>dihydroergotamine nasal</i>	1	QL (8 por 28 días); NDS
EMGALITY PEN	2	PA; MO; QL (2 por 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	2	PA; MO; QL (2 por 30 días)
<i>ergotamine-cafeine</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>naratriptan</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
NURTEC ODT	2	PA; QL (16 por 30 días)
QULIPTA	2	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>rizatriptan</i>	1	MO; QL (24 por 28 días)
<i>sumatriptan nasal</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	1	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (8 por 28 días)
UBRELVY	2	PA; QL (20 por 30 días)

TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	2	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	2	PA; MO; QL (210 por 30 días); NDS
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	2	PA; MO; QL (28 por 180 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BRIUMVI	2	PA; MO; QL (24 por 180 días); NDS
<i>dalfampridine</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	1	PA; MO; QL (120 por 180 días); NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>donepezil</i>	1	MO
<i>fingolimod</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>galantamine</i>	1	MO
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (12 por 28 días); NDS
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 por 28 días); NDS
INGREZZA	2	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	2	PA; LA; QL (28 por 180 días); NDS
INGREZZA SPRINKLE	2	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
KESIMPTA PEN	2	PA; MO; QL (1.6 por 28 días); NDS
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>memantine-donepezil</i>	1	PA; MO
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR	2	PA; MO
NUEDEXTA	2	PA; MO; NDS
RADICAVA ORS	2	PA; MO; NDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	2	PA; MO; NDS
<i>rivastigmine</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	MO
<i>teriflunomide</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
VUMERITY	2	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
ZEPOSIA	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	2	PA; MO; QL (28 por 180 días); NDS
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	2	PA; MO; QL (7 por 180 días); NDS
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO		
AGENTES VARIOS		
<i>4 way 1% nasal spray</i>	3	ADD
<i>altamist 0.65% nose spray</i>	3	ADD
AYR ALLERGY & SINUS NASAL MIST	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ayr saline 0.65% nose drops</i>	3	MO; ADD
<i>ayr saline 0.65% nose spray</i>	3	MO; ADD
AYR SALINE NASAL GEL	3	MO; ADD
AYR SALINE NASAL GEL SPRAY	3	MO; ADD
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	1	QL (60 por 30 días)
<i>baby ayr saline 0.65% drops</i>	3	MO; ADD
<i>child saline 0.65% nasal spray</i>	3	ADD
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	1	MO
CVS NASAL MIST 0.9% SPRAY	3	ADD
<i>cvs saline 0.65% nasal spray</i>	3	MO; ADD
<i>deep sea 0.65% nose spray</i>	3	MO; ADD
<i>denta 5000 plus</i>	1	MO
<i>dentagel</i>	1	MO
<i>eq nasal 0.65% spray</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>eql saline 0.65% nasal spray</i>	3	MO; ADD
<i>fluoride (sodium) dental cream</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental paste</i>	1	MO
<i>fraiche 5000</i>	1	
GNP NASAL FOUR 1% NASAL SPRAY	3	ADD
<i>gnp nasal moist 0.65% spray</i>	3	ADD
<i>gnp saline 0.65% nose spray</i>	3	ADD
<i>gs nasal four 1% spray</i>	3	ADD
<i>gs nasal moist 0.65% spray</i>	3	ADD
<i>gs nasal spray 0.05%</i>	3	ADD
<i>gs no drip 0.05% nasal spray</i>	3	ADD
<i>gs sinus nasal spray 0.05%</i>	3	ADD
<i>ipratropium bromide nasal</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>kourzeq</i>	1	MO
<i>little remedies 0.65% spray for noses</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>mucinex sinus-max nasal spray</i>	3	ADD
NASADROPS SALINE ON THE GO AMP	3	PA; ADD
<i>nasal four 1% spray</i>	3	ADD
<i>nasal mist 0.9% spray</i>	3	ADD
<i>nasal spray 0.05% 12 hour, no drip</i>	3	ADD
<i>nasal spray 0.05% 12 hour, original</i>	3	ADD
<i>nasal spray 0.05% 12 hour, sinus</i>	3	ADD
<i>nasal spray 0.05% 12hr, original</i>	3	ADD
NASAL SPRAY 1%	3	ADD
<i>nasal spray original 0.05% 12 hr relief</i>	3	ADD
NASOGEL NASAL SPRAY	3	MO; ADD
NASOGEL SALINE NOSE GEL	3	MO; ADD
NEO-SYNEPHRINE 0.5% SPRAY	3	MO; ADD
<i>no drip 0.05% nasal spray</i>	3	ADD
<i>oralone</i>	1	
<i>periogard</i>	1	MO
<i>saline 0.65% nasal spray</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>saline 0.65% nasal spray moisturizing</i>	3	MO; ADD
<i>saline mist 0.65% nose spry</i>	3	MO; ADD
SALINE NASAL GEL	3	ADD
<i>sf</i>	1	MO
<i>sf 5000 plus</i>	1	MO
SINUS RELIEF 1% NASAL SPRAY	3	ADD
<i>sm nasal spray 0.05%</i>	3	ADD
<i>sm saline 0.65% nasal spray</i>	3	MO; ADD
SODIUM BENZOATE POWDER NF (RX)	3	ADD
<i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i>	1	MO
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	1	MO
SOOTHING SALINE-ALOE MIST	3	ADD
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	1	MO
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (7.5 por 7 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

neomycin-polymyxin-hc otic (ear)

1

MO

PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS

acetic acid otic (ear)

1

MO

ciprofloxacin hcl otic (ear)

1

MO

ear wax removal 6.5% drop

3

MO; ADD

ear wax removal 6.5% kit

3

ADD

flac otic oil

1

fluocinolone acetonide oil

1

MO

ft ear wax removal 6.5% drop

3

MO; ADD

ft ear wax removal 6.5% kit

3

ADD

hydrocortisone-acetic acid

1

MO

ofloxacin otic (ear)

1

MO

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS

AFTERA 1.5 MG TABLET

3

ADD

altavera (28)

1

MO

alyacen 1/35 (28)

1

MO

alyacen 7/7/7 (28)

1

MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

amethyst (28)

1

MO

apri

1

MO

aranelle (28)

1

MO

aubra eq

1

MO

aviane

1

MO

azurette (28)

1

MO

camrese

1

MO

cryselle (28)

1

MO

cyred eq

1

MO

dasetta 1/35 (28)

1

MO

dasetta 7/7/7 (28)

1

MO

daysee

1

MO

desog-e.estradiol/e.estradiol

1

drospirenone-e.estradiol-lm. fa oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)

1

MO

drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg

1

MO

drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg

1

econtra one-step 1.5 mg tablet inner

3

ADD

econtra one-step 1.5 mg tablet outer

3

ADD

elinet

1

MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>enpresse</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	MO
<i>estarylla</i>	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	1	
<i>falmina (28)</i>	1	MO
<i>introvale</i>	1	MO
<i>isibloom</i>	1	MO
<i>jasmiel (28)</i>	1	MO
<i>jolessa</i>	1	MO
<i>juleber</i>	1	MO
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva (28)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>kurvelo (28)</i>	1	MO
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>larin 24 fe</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>lessina</i>	1	MO
<i>levonest (28)</i>	1	MO
<i>levonorgestrel 1.5 mg tablet (otc)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	1	MO
<i>levora-28</i>	1	
<i>loryna (28)</i>	1	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	1	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	1	MO
<i>luteria (28)</i>	1	
<i>marlissa (28)</i>	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>mili</i>	1	MO
<i>mono-lynyah</i>	1	MO
<i>my choice 1.5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>my way 1.5 mg tablet (otc)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>new day 1.5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>nikki (28)</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	1	MO
<i>opcicon one-step 1.5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>option 2 1.5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>philith</i>	1	MO
<i>pimtrea (28)</i>	1	MO
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET (OTC)	3	ADD
<i>portia 28</i>	1	MO
<i>reclipsen (28)</i>	1	MO
<i>setlakin</i>	1	MO
<i>sprintec (28)</i>	1	MO
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	3	ADD
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	1	MO
<i>tilia fe</i>	1	MO
<i>tri-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-legest fe</i>	1	MO
<i>tri-linyah</i>	1	MO
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-lo-marzia</i>	1	MO
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-sprintec (28)</i>	1	MO
<i>turqoz (28)</i>	1	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	1	MO
<i>vestura (28)</i>	1	MO
<i>vienva</i>	1	MO
<i>viorele (28)</i>	1	MO
<i>wera (28)</i>	1	MO
<i>zovia 1-35 (28)</i>	1	MO
<i>zumandimine (28)</i>	1	MO
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
<i>abigale</i>	1	PA; MO
<i>abigale lo</i>	1	PA; MO
<i>camila</i>	1	MO
<i>deblitane</i>	1	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	2	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr</i>	1	PA; QL (8 por 28 días)
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.0375 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
DUAVEE	2	MO
<i>emzahh</i>	1	MO
<i>errin</i>	1	MO
<i>estradiol oral</i>	1	PA; MO
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
<i>estradiol vaginal</i>	1	MO
<i>estradiol valerate</i>	1	MO
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	1	PA; MO
<i>fyavolv</i>	1	PA; MO
<i>gallifrey</i>	1	MO
<i>heather</i>	1	MO
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	2	MO
IMVEXXY STARTER PACK	2	MO
<i>incassia</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>jencycla</i>	1	MO
<i>jinteli</i>	1	PA; MO
<i>lyleq</i>	1	MO
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	PA; MO; QL (8 por 28 días)
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.05 mg/24 hr</i>	1	PA; QL (8 por 28 días)
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxyprogesterone</i>	1	MO
<i>meleya</i>	1	MO
<i>mimvey</i>	1	PA; MO
<i>nora-be</i>	1	MO
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	PA; MO
<i>orquidea</i>	1	MO
PREMARIN ORAL	2	MO
PREMARIN VAGINAL	2	MO
PREMPHASE	2	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PREMPRO	2	MO
<i>progesterone</i>	1	MO
<i>progesterone micronized oral</i>	1	MO
<i>sharobel</i>	1	MO
<i>yuvafem</i>	1	
OXITÓCICOS		
<i>methylergonovine oral</i>	1	PA
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>3-day vaginal cream</i>	3	MO; ADD
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	1	MO
<i>clotrimazole 1% vaginal cream</i>	3	MO; ADD
<i>clotrimazole-3 2% cream</i>	3	ADD
<i>eluryng</i>	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
GNP MICONAZOLE 1 COMBO PACK	3	ADD
<i>gs miconazole 3 combo pack</i>	3	MO; ADD
<i>gs miconazole 7 cream</i>	3	MO; ADD
LILETTA	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	1	MO
<i>miconazole 2% vaginal cream</i>	3	ADD
<i>miconazole 3 combo pack</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole 3 combo pack 3 supp w/9gm cream</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole 7 cream</i>	3	ADD
<i>miconazole 7 cream</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole 7 cream w/7 disp applicators</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole-7 cream</i>	3	ADD
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	1	LA
MYFEMBREE	2	PA; MO; NDS
NEXPLANON	2	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	1	
<i>qc miconazole-7 cream 1 applicator</i>	3	ADD
<i>sm 3-day vaginal cream</i>	3	MO; ADD
<i>sm miconazole 2% vaginal cream w/disp applicators</i>	3	ADD
<i>terconazole</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	1	MO
<i>xulane</i>	1	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>zafemy</i>	1	MO
---------------	---	----

OFTALMOLOGÍA

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<i>bromfenac</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	MO
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	1	MO

AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS

<i>apraclonidine</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye)</i>	1	MO

ANTIBIÓTICOS

<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>gatifloxacin</i>	1	MO
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO; QL (70 por 30 días)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	1	
--	---	--

<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
--	---	----

<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous</i>	1	
---	---	--

NATACYN	2	
---------	---	--

<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	MO
--------------------------------------	---	----

<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	MO
--------------------------------------	---	----

<i>neo-polycin</i>	1	
--------------------	---	--

<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	1	MO
-----------------------------------	---	----

<i>polycin</i>	1	
----------------	---	--

<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	1	MO
--------------------------------------	---	----

<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
------------------------------------	---	-------------------------

ANTIVÍRICOS

<i>trifluridine</i>	1	MO
---------------------	---	----

ZIRGAN	2	MO
--------	---	----

BETABLOQUEANTES

<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	1	MO
-----------------------------------	---	----

<i>carteolol</i>	1	MO
------------------	---	----

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	MO
---	---	----

<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops (not single use)</i>	1	MO
--	---	----

<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	1	MO
--	---	----

COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS

<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	MO
------------------------------------	---	----

<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	1	MO
--------------------------------------	---	----

<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	1	MO
---	---	----

<i>neo-polycin hc</i>	1	
-----------------------	---	--

TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	2	MO; QL (3.5 por 14 días)
------------------------------------	---	--------------------------

<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (10 por 14 días)
---------------------------------	---	-------------------------

ESTEROIDES

<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
--	---	----

<i>fluorometholone</i>	1	MO
------------------------	---	----

INVELTYS	2	MO
----------	---	----

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>loteprednol etabonate</i>	1	MO
------------------------------	---	----

OZURDEX	2	MO; NDS
---------	---	---------

<i>prednisolone acetate</i>	1	MO
-----------------------------	---	----

<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
---	---	----

MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA

<i>acetazolamide</i>	1	MO
----------------------	---	----

<i>acetazolamide sodium</i>	1	MO
-----------------------------	---	----

<i>methazolamide</i>	1	MO
----------------------	---	----

OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA

<i>dorzolamide</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>dorzolamide-timolol</i>	1	MO
----------------------------	---	----

<i>latanoprost</i>	1	MO
--------------------	---	----

LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	2	MO
---------------------------------------	---	----

<i>miostat</i>	1	
----------------	---	--

RHOPRESSA	2	
-----------	---	--

ROCKLATAN	2	
-----------	---	--

SIMBRINZA	2	MO
-----------	---	----

<i>travoprost</i>	1	MO
-------------------	---	----

PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>alaway 0.025% eye drops</i>	3	MO; ADD
<i>artificial tears drops</i>	3	ADD
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	MO
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	1	MO
BION TEARS 0.1%-0.3% DROP	3	MO; ADD
BORIC ACID GRANULES NF (RX)	3	ADD
BORIC ACID POWDER N.F (RX)	3	ADD
BORIC ACID POWDER NF (RX)	3	ADD
<i>bss</i>	1	
BYOOVIZ	2	PA; MO; NDS
<i>carboxymethylcell 0.5% eye drp</i>	3	ADD
<i>carboxymethylcell 0.5% eye drp inner</i>	3	ADD
<i>carboxymethylcell 0.5% eye drp outer</i>	3	ADD
<i>child's alaway 0.025% eye drop</i>	3	ADD
CIMERLI	2	PA; MO; NDS
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CYSTARAN	2	PA; NDS
DRY EYE RELIEF DROPS	3	ADD
<i>epinastine</i>	1	MO
<i>eye itch relief 0.025% drops</i>	3	MO; ADD
EYLEA	2	PA; MO; NDS
FRESHKOTE EYE DROP	3	ADD
GENTEAL TEARS 0.1%-0.2%-0.3%	3	MO; ADD
GENTEAL TEARS 0.1%-0.3% DROP	3	MO; ADD
GENTEAL TEARS SEVERE 0.3% GEL	3	MO; ADD
GENTEAL TEARS SEVERE 3-94% OIN	3	MO; ADD
GENTEAL TEARS SEVERE GEL DROPS	3	ADD
<i>ketotifen 0.025% (0.035%) drop (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>lubricant 0.5% eye drop</i>	3	MO; ADD
<i>lubricant 0.5% eye drops</i>	3	MO; ADD
LUBRICANT 0.6% EYE DROP	3	ADD
LUBRICANT EYE 0.4%-0.3% DROP	3	ADD
<i>lubricant eye drops</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lubricating eye drop</i>	3	MO; ADD
METHOCEL E 4 M PREMIUM POWDER (RX)	3	ADD
METHOCEL E 4 M PREMIUM POWDER USP (RX)	3	ADD
MIEBO (PF)	2	MO; QL (12 por 30 días)
MURO-128 2% EYE DROPS	3	MO; ADD
MURO-128 5% EYE DROPS	3	MO; ADD
MURO-128 5% EYE OINTMENT	3	MO; ADD
OXERVATE	2	PA; MO; NDS
PAVBLU	2	PA; MO; NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
REFRESH CELLUVISC 1% EYE GEL	3	MO; ADD
REFRESH CLASSIC EYE DROPS U-D,P/F,30X.4ML	3	MO; ADD
REFRESH CLASSIC EYE DROPS U-D,P/F,50X.4ML	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
REFRESH DIGITAL EYE DROPS	3	MO; ADD
REFRESH DIGITAL PF EYE DROPS	3	MO; ADD
REFRESH LACRI-LUBE OINTMENT	3	ADD
REFRESH LIQUIGEL 1% EYE DROP	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE ADVANCED DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE ADVANCED DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE EYE DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE GEL EYE DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE MEGA-3 DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE SENSITIVE DROPS 30X0.4ML, P/F	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE SENSITIVE DROPS 60X0.4ML, P/F	3	MO; ADD
REFRESH PLUS 0.5% EYE DROPS 30X0.4ML	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
REFRESH PLUS 0.5% EYE DROPS 70X0.4ML,U-D	3	MO; ADD
REFRESH PLUS 0.5% EYE DROPS U-D,50X.4ML	3	MO; ADD
REFRESH RELIEVA 0.5-0.9% DROP	3	MO; ADD
REFRESH RELIEVA PF 0.5-0.9% DP	3	MO; ADD
REFRESH RELIEVA PF 0.5-1% DROP	3	MO; ADD
REFRESH TEARS 0.5% EYE DROP	3	MO; ADD
SM BORIC ACID POWDER NF (RX)	3	ADD
<i>sodium chloride 5% eye drop</i>	3	MO; ADD
<i>sodium chloride 5% eye oint</i>	3	MO; ADD
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	MO
SYSTANE 0.4-0.3% EYE DROP	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SYSTANE BALANCE 0.6% EYE DROP CLINICAL STRENGTH	3	MO; ADD
SYSTANE BALANCE 0.6% EYE DROP TWIN PACK, 2 X 10ML	3	MO; ADD
SYSTANE COMPLETE 0.6% EYE DROP	3	MO; ADD
SYSTANE COMPLETE PF 0.6% DROP	3	MO; ADD
SYSTANE GEL EYE DROPS	3	MO; ADD
SYSTANE HYDRATION PF 0.4-0.3%	3	MO; ADD
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3% EYE DRP	3	MO; ADD
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3% EYE DRP 2X10MLTWIN PACK,STRL	3	MO; ADD
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3% EYE DRP 2X4ML, STERILE	3	MO; ADD
SYSTANE ULTRA PF 0.4-0.3% EYE	3	ADD
TEARS LUBRICANT 0.5% EYE DROP	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ULTRA LUBRICANT 0.4-0.3% DROP	3	ADD
<i>ultra lubricant eye drops</i>	3	ADD
XDEMVI	2	PA; QL (10 por 42 días); NDS
XIIDRA	2	MO; QL (60 por 30 días)
ZADITOR 0.025% (0.035%) DROPS UP TO 12 HRS (OTC)	3	MO; ADD

PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS

CAPSULE #00 VEGETABLE CLEAR (RX)	3	ADD
<i>co q-10 100 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 100 mg softgel p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 100 mg softgel softgel,n,p/f (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>co q-10 100 mg softgel softgel,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 100 mg softgel softgel,p/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 100 mg softgel softgel,p/f,gluten-f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 200 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 200 mg capsule bonus size, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 200 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 200 mg softgel p/f, no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 200 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 30 mg capsule inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 30 mg capsule outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 30 mg capsule p/f,y/f (rx)</i>	3	ADD
CO Q-10 300 MG SOFTGEL SOFTGEL,P/F (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CO Q-10 400 MG SOFTGEL GLUTEN-FREE,SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 400 MG SOFTGEL Y/F,P/F,SFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>co q-10 50 mg capsule (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 50 mg p/f,lact/f, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 50 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>coenzyme q10 10 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>coenzyme q-10 100 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>coenzyme q10 100 mg capsule p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>coenzyme q10 200 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>coenzyme q10 50 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>coenzyme q10 60 mg capsule gluten-free (rx)</i>	3	ADD
COENZYME Q-10 POWDER (RX)	3	ADD
<i>cvs co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs co q-10 200 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS CO Q-10 400 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
<i>gnp co q-10 100 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp co q-10 200 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp co q-10 60 mg capsule (rx)</i>	3	ADD
GRAPE FLAVOR SYRUP (RX)	3	ADD
MICROCRYSTAL CELLULOSE POWDER MICROCRYSTALLINE,NF (RX)	3	ADD
MICROCRYSTALLINE CELLULOSE AVICEL PH 105, NF (RX)	3	ADD
MX-SOL BLEND	3	ADD
MX-SOL BLEND SF	3	ADD
MX-SOL SUSPEND	3	ADD
NEOQ10 SOFTGEL	3	ADD
ORA-BLEND SUSPENSION	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ORAL MIX SF VEHICLE	3	ADD
ORA-PLUS SUSPENDING VEHICLE	3	ADD
PCCA CLARIFYING BASE	3	ADD
PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS	3	ADD
<i>sv co q-10 100 mg softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>sv co q-10 50 mg softgel softgel,p/f,gluten-f (rx)</i>	3	ADD
<i>sv q-sorb co q-10 100 mg sftgl softgel , p/f</i>	3	ADD
<i>sv q-sorb co q-10 200 mg sftgl p/f,gluten-free</i>	3	ADD
<i>sv q-sorb co q-10 200 mg sftgl softgel</i>	3	ADD
SYRSPEND SF ALKA POWDER	3	ADD
SYRSPEND SF LIQUID (RX)	3	ADD
SYRSPEND SF LIQUID CHERRY (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SYRSPEND SF LIQUID GRAPE (RX)	3	ADD
SYRSPEND SF POWDER DRY & UNFLAVORED (RX)	3	ADD
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR		
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	1	MO
<i>gnp nicotine 2 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
GNP NICOTINE 2 MG LOZENGE OUTER	3	MO; ADD
<i>gnp nicotine 2 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD
GNP NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE	3	MO; ADD
GNP NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE OUTER	3	MO; ADD
<i>gnp nicotine 21 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp nicotine 4 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
GNP NICOTINE 4 MG LOZENGE OUTER	3	MO; ADD
<i>gnp nicotine 4 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GNP NICOTINE 4 MG MINI LOZENGE	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 2 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 2 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 2 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 4 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 4 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 4 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD
NICODERM CQ 14 MG/24HR PATCH	3	MO; ADD
NICODERM CQ 14 MG/24HR PATCH OUTER	3	MO; ADD
NICODERM CQ 21 MG/24HR PATCH	3	MO; ADD
NICODERM CQ 21 MG/24HR CLEAR PATCH	3	MO; ADD
NICODERM CQ 21 MG/24HR PATCH OUTER	3	MO; ADD
NICODERM CQ 7 MG/24HR PATCH OUTER	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NICORETTE 2 MG CHEWING GUM CINNAMON SURGE	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG CHEWING GUM FRUIT CHILL	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG CHEWING GUM MINT	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG CHEWING GUM ORIGINAL FLAVOR	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG CHEWING GUM STARTER KIT	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG CHEWING GUM WHITE ICE MINT	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG LOZENGE	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG MINI LOZENGE	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG MINI LOZENGE MINT	3	MO; ADD
NICORETTE 4 MG CHEWING GUM CINNAMON SURGE	3	MO; ADD
NICORETTE 4 MG CHEWING GUM FRESH MINT	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NICORETTE 4 MG CHEWING GUM FRUIT CHILL	3	MO; ADD
NICORETTE 4 MG CHEWING GUM MINT	3	MO; ADD
NICORETTE 4 MG CHEWING GUM ORIGINAL	3	MO; ADD
NICORETTE 4 MG CHEWING GUM ORIGINAL FLAVOR	3	MO; ADD
NICORETTE 4 MG CHEWING GUM WHITE ICE MINT	3	MO; ADD
NICORETTE 4 MG LOZENGE	3	MO; ADD
<i>nicotine 14 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 14 mg/24hr patch clear, step 2, outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 14 mg/24hr patch outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 14 mg/24hr patch step 2 (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum coated fruit</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nicotine 2 mg chewing gum coated, outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum cool mint/coated</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum mint</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum original</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg lozenge inner</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg lozenge outer</i>	3	MO; ADD
NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg mini lozenge inner</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg mini lozenge outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 21 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 21 mg/24hr patch outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 21 mg/24hr patch outer, clear, step 1 (otc)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nicotine 4 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg chewing gum coated</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg chewing gum coated fruit</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg chewing gum cool mint/coated</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg chewing gum original</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg chewing gum outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg chewing gum refill. outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg chewing gum starter kit, outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
NICOTINE 4 MG LOZENGE	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg lozenge inner</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg lozenge mint</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg lozenge mint, 3 quittube</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nicotine 4 mg lozenge outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD
NICOTINE 4 MG MINI LOZENGE	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg mini lozenge inner</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg mini lozenge outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 7 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 7 mg/24hr patch outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 7 mg/24hr patch outer, clear, step 3 (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 7 mg/24hr patch step 3 (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine transdermal system step 1,2,3</i>	3	MO; ADD
NICOTROL NS	2	MO
<i>sm nicotine 14 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm nicotine 21 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm nicotine 7 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	1	
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack</i>	1	MO
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosate</i>	1	MO
<i>acetic acid irrigation</i>	1	MO
ALPHA LIPOIC ACID 100 MG CAP	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CAP P/F	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CAP P/F,D/F,GLUTEN/F	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 300 MG CAP	3	ADD
ALPHA LIPOIC ACID 300 MG SFTGL	3	ADD
<i>alpha lipoic acid 600 mg cap gluten-free, ex str (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>alpha lipoic acid 600 mg cap p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>anagrelide</i>	1	MO
BENZYL ALCOHOL LIQUID NF (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BENZYL BENZOATE LIQUID (RX)	3	ADD
<i>caffeine citrate intravenous</i>	1	
<i>caffeine citrate oral</i>	1	MO
CAFFEINE POWDER USP,ANHYDROUS (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 BACON FLAVOR (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 BLUE/BLEU (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 BLUE/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 BUBBLE GUM FLAVOR (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 CLEAR LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 CLEAR/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 FUN CAPS LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 GREEN TRANS/CLEAR (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #0 GREEN,MINT FLAVOR (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 GREEN/CLEAR LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 MAROON-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 ORANGE/ORANGE (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 ORANGE-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 PINK LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 PURPLE-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 RED TRANS/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 RED/RED (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 RED/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 RED/WHITE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 WHITE (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #0 WHITE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 WHITE/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 WHITE-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 YELLOW/YELLOW (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 YELLOW-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 BLACK/RED (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 BLUE/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 BLUE-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 CLEAR LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 CLEAR/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 DARK GREEN (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 GREEN-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #00 ORANGE/ORANGE (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 ORANGE-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 PINK/PINK (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 PURPLE/PURPLE (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 PURPLE/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 RED/RED (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 RED/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 WHITE/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 WHITE-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #00 YELLOW/YELLOW (RX)	3	ADD
CAPSULE #000 CLEAR LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #000 CLEAR/CLEAR (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #000 WHITE-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 AQUA BLUE TRANSLUCEN (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE OPAQUE/PINK (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE TRAN/PINK TRANS (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE/BLUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE/PINK LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE/PINK TRANSLUCEN (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE/POWDER BLUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE/RED-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE/WHITE (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #1 BLUE-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 BLUE-PWD BLUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 CLEAR/CLEAR,SL S-FREE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 DARK BROWN/IVORY (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 DARK GREEN/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 GREEN CLEAR/YELLOW (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 GREEN/GREEN (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 GREEN/YELLOW (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 LIGHT BLUE OPAQUE (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #1 ORANGE/ORANG E (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 ORANGE/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 ORANGE- OPAQUE LOCK (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 PINK, LACTOSE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 PINK/PINK (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 PINK/POWDER BLUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 PINK/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 PINK/YELLOW- OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 PINK-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 POWDER BLUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 POWDER BLUE- OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 PURPLE (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #1 PURPLE/PURPLE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 PURPLE-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 RED/RED (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 RED-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 RED-WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 WHITE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 WHITE-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #1 WHITE-OPAQUE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #10 CLEAR, 2-1/2 X 3/4" (RX)	3	ADD
CAPSULE #11 (RX)	3	ADD
CAPSULE #13 CLEAR, 1-1/4" X 1/2" (RX)	3	ADD
CAPSULE #2 BLUE (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #2 CLEAR LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #2 CLEAR/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #2 GREEN (RX)	3	ADD
CAPSULE #2 WHITE-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 BLUE OPAQUE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 BLUE/BLUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 CLEAR LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 CLEAR,BEEF FLAVOR (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 CLEAR/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 GRAY/PINK-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 GRAY/YELLOW-OPAQUE (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #3 GREEN/BLUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 GREEN/GREEN (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 GRN/BLUE TRANSLUCENT (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 MAROON/BABY BLUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 OLIVE-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 ORANGE OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 PINK OPAQUE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 PINK/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 PINK/PINK (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 PINK-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 RED OPAQUE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 RED/CLEAR (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #3 RED-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 WHITE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 WHITE/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 WHITE-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 WHITE-OPAQUE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 YELLOW OPAQUE/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #3 YELLOW-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #4 BLACK/GREEN-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #4 BLUE/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #4 CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #4 CLEAR LOCKING (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSULE #4 DARK BLUE-OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #4 PURPLE OPAQUE (RX)	3	ADD
CAPSULE #4 WHITE-OPAQUE LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #5 CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #5 CLEAR/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #7 CLEAR, 3" X 3/4" (RX)	3	ADD
<i>carglumic acid</i>	1	PA; MO; NDS
<i>cevimeline</i>	1	MO
CHEMET	2	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	2	B/D PA
CVS DISTILLED WATER (RX)	3	ADD
<i>cvs glucose 4 gram tablet chew assorted fruit (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs glucose 40% gel</i>	3	ADD
<i>cvs glucose 40% gel 3's (rx)</i>	3	ADD
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>deferasirox oral granules in packet</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferasirox oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferiprone</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferoxamine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew assorted flavors (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew grape flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew orange flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew raspberry flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew sour apple (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew watermelon flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose tab pouch pack</i>	3	ADD
<i>dex4 quick dissolve tab chew</i>	3	ADD
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	1	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	1	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	1	MO
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	1	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	1	
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	1	
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA; MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML VIAL OUTER, SUV	3	PA; MO; ADD
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML VIAL SUV, OUTER	3	PA; MO; ADD
FLAVOR SWEET-SF SYRUP	3	ADD
FRUCTOSE GRANULES USP (RX)	3	ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew (rx)</i>	3	ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew assort fruit flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew n (rx)</i>	3	ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew n,caffeine free (rx)</i>	3	ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew n,raspberry (rx)</i>	3	ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew nree (rx)</i>	3	ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew raspberry flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>glutamine (sickle cell)</i>	1	PA; MO; NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew grape (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew orange (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew raspberry (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp quick dissolve glucose tab n,caffeine free (rx)</i>	3	ADD
GREAT VALUE DISTILLED WATER (RX)	3	ADD
INCRELEX	2	LA; NDS
<i>kionex (with sorbitol)</i>	1	
<i>kroger glucose 4 gram tab chew orange (rx)</i>	3	ADD
<i>kroger glucose 4 gram tab chew raspberry (rx)</i>	3	ADD
<i>kroger glucose 4 gram tab chew watermelon (rx)</i>	3	ADD
LACTOSE ANHYDROUS POWDER NF (RX)	3	ADD
LACTOSE MONOHYDRATE POWDER NF (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LACTOSE MONOHYDRATE POWDER NF, SPRAY DRIED (RX)	3	ADD
L-CARNITINE POWDER (RX)	3	ADD
<i>leader glucose 4 gm tab chew orange flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>leader glucose 4 gm tab chew raspberry flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>leader glucose 4 gm tab chew watermelon flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>leader quick dissolve gluc tab (rx)</i>	3	ADD
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1	MO
L-GLUTAMINE 4 GRAM/SCOOP POWDR (RX)	3	ADD
L-GLUTAMINE POWDER FCC	3	ADD
L-GLUTAMINE POWDER USP (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
L-GLUTATHIONE POWDER USP (RX)	3	ADD
LOKELMA	2	MO
LOLLIBASE POWDER	3	ADD
<i>longs glucose 4 gram tab chew orange flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>longs glucose 4 gram tab chew raspberry flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>methylcellulose 1,500 cps pwd (rx)</i>	3	ADD
METHYLCELLULOSE 4,000 CPS PWD	3	ADD
<i>midodrine</i>	1	MO
MX-SOL SF SYRUP	3	ADD
MX-SOL SYRUP	3	ADD
NICE DISTILLED WATER (RX)	3	ADD
<i>nitisinone</i>	1	PA; MO; NDS
ORA-BLEND SF SUSPENSION	3	ADD
ORAL MIX VEHICLE	3	ADD
ORAL SUSPEND VEHICLE	3	ADD
ORAL SYRUP SF VEHICLE	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ORAL SYRUP VEHICLE	3	ADD
ORAPENN SD SWEETENED LIQUID	3	ADD
ORAPENN SD UNSWEETENED LIQUID	3	ADD
<i>ora-sweet oral syrup</i>	3	ADD
ORA-SWEET-SF SYRUP	3	ADD
PEGBLEND WAX (RX)	3	ADD
<i>pilocarpine hcl oral</i>	1	MO
<i>polyethylene glycol 1000 pd nf (rx)</i>	3	ADD
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 POWD NF (RX)	3	ADD
POLYETHYLENE GLYCOL 8000 POWD (RX)	3	ADD
<i>preferred plus glucose tab chw grape (rx)</i>	3	ADD
<i>preferred plus glucose tab chw orange flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>preferred plus glucose tab chw raspberry flavor (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>preferred plus glucose tab chw watermelon flavor (rx)</i>	3	ADD
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA; MO; LA; NDS
<i>pub glucose 4 gram tablet chew assorted fruit (rx)</i>	3	ADD
<i>pub glucose 4 gram tablet chew orange (rx)</i>	3	ADD
<i>pub glucose 4 gram tablet chew raspberry flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>pub glucose 4 gram tablet chew sour apple flavor (rx)</i>	3	ADD
RA TRUEPLUS GLUCOSE 3.75 G CHW	3	MO; ADD
REZDIFFRA	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>riluzole</i>	1	PA; MO
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>sesame oil nf (rx)</i>	3	ADD
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	1	PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml inner, p/f, sdv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml outer, p/f, sdv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml sdv, inner</i>	3	PA; MO; ADD
<i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml sdv, outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>sodium benzoate-sod phenylacet</i>	1	NDS
SODIUM BROMIDE GRANULES (RX)	3	ADD
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride irrigation</i>	1	MO
<i>sodium phenylbutyrate</i>	1	PA; MO; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	MO
<i>sorbitol 70% solution (otc)</i>	3	MO; ADD
SOSWEET SYRUP VEHICLE	3	ADD
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sps (with sorbitol) rectal</i>	1	
SV ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CP P/F	3	MO; ADD
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO; NDS
TRUEPLUS GLUCOSE 15 GRAM GEL	3	MO; ADD
TRUEPLUS GLUCOSE 3.75 G TB CHW	3	MO; ADD
UNISPEND ANHYDROUS SWEET SUSP	3	ADD
<i>value plus glucose 40% gel 3's, tropical fruit (rx)</i>	3	ADD
VELPHORO	2	PA; MO; NDS
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	2	MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 25.2 GRAM	2	
<i>water for irrigation, sterile</i>	1	MO
XIAFLEX	2	PA; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ZINC SULFATE HEPTAHYDRATE POWD USP (RX)	3	ADD
ZINC SULFATE HEPTAHYDRATE POWD USP, GRANULAR (RX)	3	ADD
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
ANTÍDOTOS		
<i>acetylcysteine intravenous</i>	1	
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>lactated ringers irrigation</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	1	
<i>ringer's irrigation</i>	1	MO
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO		
<i>callus removers patch</i>	3	ADD
<i>corn remover 40% patch</i>	3	ADD
DHS SAL 3% SHAMPOO	3	MO; ADD
<i>liquid corn-callus remover</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>liquid wart remover 17%</i>	3	ADD
SALICYLIC ACID POWDER (RX)	3	ADD
SALICYLIC ACID POWDER USP (RX)	3	ADD
<i>sebex shampoo</i>	3	MO; ADD
<i>therapeutic 3% dandruff shmp</i>	3	ADD
<i>wart remover 17% liquid</i>	3	ADD
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt</i>	3	MO; ADD
<i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt inner</i>	3	MO; ADD
<i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt outer</i>	3	MO; ADD
<i>bacitracin zn 500 unit/gm oint</i>	3	ADD
<i>bacitracin zn 500 unit/gm oint</i>	3	MO; ADD
<i>bacitracin zn 500 unit/gm oint usp</i>	3	MO; ADD
BETADINE 10% SOLUTION	3	MO; ADD
BETADINE 10% SOLUTION ANTISEPTIC	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BETADINE 10% SOLUTION HOSP.SIZE,ANTISEPTIC	3	MO; ADD
BETADINE 5% SPRAY	3	ADD
BETADINE 7.5% SURGICAL SCRUB	3	ADD
BETADINE SURGICAL SCRUB	3	ADD
DOUBLE ANTIBIOTIC OINTMENT	3	MO; ADD
FIRST AID ANTISEPTIC 10% OINT	3	MO; ADD
<i>gentamicin topical</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
GNP ANTIBIOTIC-PAIN RELIEF CRM	3	ADD
<i>gnp povidone-iodine 10% soln</i>	3	ADD
GS FIRST AID ANTIBIOTIC OINT	3	ADD
<i>mupirocin</i>	1	MO; QL (44 por 30 días)
POLY BACITRACIN OINTMENT	3	ADD
<i>povidone-iodine 10% solution</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm antibiotic 500 unit/gm oint</i>	3	ADD
<i>sm antibiotic plus cream maximum strength</i>	3	ADD
<i>sm double antibiotic oint</i>	3	MO; ADD
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	1	MO
<i>triple antibiotic ointment</i>	3	MO; ADD
TRIPLE ANTIBIOTIC OINTMENT PKT (OTC)	3	ADD
<i>triple antibiotic ointment pkt outer (otc)</i>	3	ADD
<i>triple antibiotic plus oint maximum strength</i>	3	MO; ADD
<i>triple antibiotic plus ointmnt</i>	3	MO; ADD
<i>triple antibiotic-pain oint</i>	3	ADD
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
ALEVAZOL 1% OINTMENT	3	MO; ADD
<i>antifungal 1% topical cream</i>	3	ADD
<i>antifungal 2% powder</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ATHLETE'S FOOT 1% CREAM	3	ADD
<i>athlete's foot 1% powder spray</i>	3	ADD
<i>athlete's foot 2% powder spray</i>	3	ADD
<i>baza antifungal 2% cream</i>	3	MO; ADD
<i>butenafine hcl 1% cream</i>	3	MO; ADD
<i>ciclodan topical solution</i>	1	QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical cream</i>	1	MO; QL (90 por 28 días)
<i>ciclopirox topical gel</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>ciclopirox topical solution</i>	1	MO; QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>clotrimazole 1% solution (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>clotrimazole 1% topical cream (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	1	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>critic-aid clear af 2% oint 12's, w/ antifungal</i>	3	MO; ADD
<i>cvs jock itch 1% cream</i>	3	ADD
<i>econazole nitrate topical cream</i>	1	MO; QL (85 por 28 días)
<i>ft antifungal 1% cream</i>	3	ADD
<i>ft antifungal 2% topical cream</i>	3	ADD
<i>ft athlete's foot 1% cream</i>	3	ADD
FT ATHLETE'S FOOT 1% CREAM	3	ADD
<i>fungoid 2% tincture</i>	3	MO; ADD
<i>gentian violet 1% solution</i>	3	MO; ADD
<i>gnp athlete's foot 1% cream</i>	3	ADD
<i>gnp miconazorb af 2% powder</i>	3	ADD
<i>ketoconazole topical cream</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>klayesta</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>miconazole 2% topical cream</i>	3	MO; ADD
MICONAZOLE NITRATE 2% SOLUTION	3	ADD
<i>naftifine topical gel</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nyamyc</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical ointment</i>	1	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical powder</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nystop</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>qc antifungal 1% cream</i>	3	ADD
<i>sm antifungal 1% cream</i>	3	ADD
<i>sm miconazole 2% topical cream</i>	3	MO; ADD
<i>terbinafine 1% cream</i>	3	MO; ADD
<i>terbinafine 1% cream antifungal</i>	3	MO; ADD
<i>tolnafti-al 1% liquid</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>tolnaftate 1% cream</i>	3	MO; ADD
----------------------------	---	---------

ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS

<i>acitretin</i>	1	MO
<i>anti-dandruff 1% shampoo</i>	3	MO; ADD
<i>calcipotriene scalp</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
COSENTYX (2 SYRINGES)	2	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
COSENTYX INTRAVENOUS	2	PA; QL (20 por 28 días); NDS
COSENTYX PEN	2	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS
COSENTYX PEN (2 PENS)	2	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	2	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (2.5 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

COSENTYX UNOREADY PEN	2	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
-----------------------	---	----------------------------------

<i>medicated dandruff 1% shampoo</i>	3	ADD
--------------------------------------	---	-----

SELARSDI INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
----------------------	---	------------------------------------

SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
--	---	------------------------------

SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	2	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
--	---	---------------------------------

<i>selenium sulfide topical lotion</i>	1	MO
--	---	----

SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
-----------------------------------	---	---------------------------------

SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
------------------------------	---	---------------------------------

SOTYKTU	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
---------	---	----------------------------------

STELARA INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
---------------------	---	------------------------------------

STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
-------------------------------	---	-----------------------------------

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	2	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
TREMFYA INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (20 por 28 días); NDS
TREMFYA ONE-PRESS	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
TREMFYA PEN	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	2	PA; MO; QL (12 por 180 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
YESINTEK INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	2	PA; QL (1 por 28 días); NDS
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>acyclovir topical ointment</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>penciclovir</i>	1	MO; QL (5 por 30 días)
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	MO
<i>alclometasone</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented</i>	1	MO
<i>clobetasol scalp</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clobetasol topical foam</i>	1	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical lotion</i>	1	MO; QL (118 por 28 días)
<i>clobetasol topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	1	MO; QL (236 por 28 días)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	1	MO; QL (120 por 28 días)
<i>desonide topical cream</i>	1	MO
<i>desonide topical ointment</i>	1	MO
<i>fluocinolone</i>	1	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	1	MO
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical solution</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide-emollient</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>gs anti-itch 1% cream</i>	3	ADD
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>hydrocortisone 0.5% cream</i>	3	ADD
<i>hydrocortisone 0.5% cream (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% cream</i>	3	ADD
<i>hydrocortisone 1% cream (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% cream max str, w/aloe (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% cream maximum strength (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% cream moisturizer,max. str (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% ointment</i>	3	ADD
<i>hydrocortisone 1% ointment (otc)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hydrocortisone 1% ointment maximum strength (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone-aloe 1% cream</i>	3	MO; ADD
<i>mometasone topical</i>	1	MO
<i>qc anti-itch with aloe 1% crm</i>	3	ADD
<i>sm hydrocortisone 1% ointment maximum strength (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm hydrocortisone plus 1% crm</i>	3	ADD
<i>sm hydrocortisone-aloe 1% crm</i>	3	MO; ADD
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>triderm topical cream 0.5 %</i>	1	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>dandruff 1% shampoo</i>	3	ADD
<i>gs lice killing 1 % crm rinse</i>	3	ADD
<i>ivermectin 0.5% lotion (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>lice killing shampoo</i>	3	MO; ADD
<i>lice treatment 1% creme rinse 1 nit removal comb</i>	3	ADD
<i>malathion</i>	1	MO
<i>permethrin</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
VANALICE GEL	3	ADD
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
ADBRY	2	PA; MO; QL (6 por 28 días); NDS
AMERICERIN MOIST CREAM	3	ADD
<i>ammonium lactate 12% cream (otc)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ammonium lactate 12% lotion (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	MO
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	1	MO
<i>anti-itch 2%-0.1% cream</i>	3	ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT ADV THERAPY, 2 PACK	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT ADVANCED THERAPY	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT BABY, ADV THERAPY	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% ORIGINAL OINTMENT	3	MO; ADD
AQUAPHOR BABY 41% HEALING OINT	3	ADD
ARBEM H-COSMETIC CREAM	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ARBEM LIOPEN BASE	3	ADD
ARTHRITIS PAIN RLF 0.075% CRM	3	MO; ADD; QL (57 por 30 días)
AZ CREAM (RX)	3	ADD
<i>banophen anti-itch 2% cream</i>	3	MO; ADD
BASE 7542 CREAM	3	ADD
<i>benzoin compound tincture</i>	3	ADD
<i>benzoin tincture (otc)</i>	3	ADD
<i>benzoin tincture plain (rx)</i>	3	ADD
<i>beta care cream</i>	3	MO; ADD
BETA XMA CREAM	3	ADD
<i>capsaicin 0.025% cream</i>	3	MO; ADD; QL (60 por 30 días)
CAPSAICIN 0.025% HEAT PATCH	3	ADD; QL (28 por 30 días)
<i>capsaicin 0.075% cream</i>	3	ADD; QL (57 por 30 días)
<i>capsaicin 0.1% cream</i>	3	MO; ADD; QL (43 por 30 días)
<i>capsaicin 0.1% cream</i>	3	MO; ADD; QL (57 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPSIMIDE 0.025% PATCH	3	ADD; QL (28 por 30 días)
CERAVE HEALING 46.5% OINTMENT	3	MO; ADD
CERAVE MOISTURIZING CREAM	3	MO; ADD
CERAVE SA CREAM	3	ADD
<i>cetaphil moisturizing cream</i>	3	MO; ADD
CETAPHIL MOISTURIZING CREAM	3	MO; ADD
<i>chloroprocaine (pf)</i>	1	
CIBINQO	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
CLEODERM CLARIFYING CREAM BASE	3	ADD
COCONUT OIL CREAM	3	ADD
CUTTER 10% SPRAY	3	ADD
CUTTER ALL FAMILY 7% SPRAY	3	ADD
CUTTER ALL FAMILY 7.15% WIPE	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CUTTER BACKWOODS 25% SPRAY	3	ADD
CUTTER BACKWOODS DRY 25% SPRAY	3	ADD
CUTTER DRY 10% SPRAY	3	ADD
CUTTER LEMON EUCALYPTUS SPRAY	3	ADD
CUTTER NATURAL REPELLENT SPRAY	3	ADD
CUTTER NATURAL REPELLENT2 SPRY	3	ADD
CUTTER SKINSATIONS 7% SPRAY	3	ADD
CUTTER SPORT 15% SPRAY	3	ADD
<i>cvs advanced healing 41% oint</i>	3	ADD
CVS DRY SKIN THERAPY CREAM (RX)	3	ADD
CVS INSECT REPELLENT 15% SPRAY	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS MOISTURIZING CREAM	3	ADD
CVS MOISTURIZING CREAM (RX)	3	ADD
CVS TOTAL HOME INSECT 30% SPR	3	ADD
D-CERIN 33% CREAM INNER	3	ADD
D-CERIN 33% CREAM OUTER	3	ADD
<i>dermabase cream (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>dermacinrx lidocan</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; MO; QL (100 por 28 días)
DML FORTE CREAM W- PANTHENOL	3	MO; ADD
<i>dry skin treatment</i>	3	ADD
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	2	PA; MO; QL (4.56 por 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	2	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	2	PA; MO; QL (4.56 por 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	2	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
EMOLLIA CREME	3	ADD
<i>emollient cream base</i>	3	MO; ADD
EQL THERAPEUTIC MOISTURIZ CRM	3	ADD
EUCERIN ADVANC REPAIR HAND CRM	3	MO; ADD
EUCERIN ADVANCED REPAIR CREAM	3	ADD
EUCERIN CREAM (RX)	3	MO; ADD
EUCERIN CREME (RX)	3	MO; ADD
EUCERIN SKIN CALMING CREAM CREME	3	MO; ADD
EUCERIN SKIN CALMING CREAM CREME,FRAGRANCE-FREE	3	MO; ADD
FLANDERS BUTTOCKS OINTMENT	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	1	MO
<i>fluorouracil topical solution</i>	1	MO
<i>glycerin 99.5% liquid (otc)</i>	3	MO; ADD
GLYCERIN 99.5% LIQUID (RX)	3	MO; ADD
<i>glycerin 99.5% liquid usp, anhydrous (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>glycerin 99.7% liquid (rx)</i>	3	ADD
<i>glycerin liquid usp (rx)</i>	3	ADD
<i>glycerin liquid usp, natural (rx)</i>	3	ADD
<i>glycerin skin protectant liq anhydrous synthetic (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>glydo</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>gnp anti-itch 2%-0.1% cream extra strength</i>	3	ADD
GNP CAPSAICIN 0.025% PATCH	3	ADD; QL (28 por 30 días)
GNP ITCH RELIEF 2%-0.1% SPRAY	3	ADD
GOLD BOND ADV HEALING 45% OINT	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gs itch relief 2%-0.1% cream</i>	3	MO; ADD
HYDRASYN25 CREAM	3	ADD
<i>hydrolatum ointment 12's</i>	3	ADD
<i>hydrolatum ointment 57 gm x 24</i>	3	ADD
HYDROPHILIC PETROLATUM (RX)	3	ADD
HYDROPHOR 42% OINTMENT	3	MO; ADD
HYDROUS EMULSIFIED BASE CREAM	3	ADD
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	MO
INSECT REPELLENT 20% SPRAY	3	ADD
<i>itch relief 2%-0.1% cream</i>	3	MO; ADD
ITCH RELIEF 2%-0.1% SPRAY	3	ADD
KERADAN CREAM	3	ADD
LANOLIN CREAM	3	ADD
<i>leader fingers skin cream (rx)</i>	3	ADD
<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	1	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lidocaine 4% cream</i>	3	MO; ADD
<i>lidocaine 4% cream</i>	3	MO; ADD; QL (30 por 30 días)
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	1	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal</i>	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution</i>	1	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lidocaine topical ointment</i>	1	MO; QL (36 por 30 días)
<i>lidocaine viscous</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lidocan iii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lidocan iv</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan v</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
LIP BALM BASE (RX)	3	ADD
MAXI-DEET 98.11% SPRAY	3	ADD
<i>methoxsalen</i>	1	MO; NDS
MICRODERM BASE CREAM	3	ADD
MICROSOME BASE CREAM	3	ADD
<i>minerin creme</i>	3	MO; ADD
MINERIN CREME	3	MO; ADD
MOISTURIZING CREAM (RX)	3	ADD
NATRAPEL 20% SPRAY	3	ADD
NEUTROGENA NORWEGIAN FORMULA FRAGRANCE-FREE (RX)	3	MO; ADD
<i>numbcream 5% cream</i>	3	ADD
OFF ACTIVE 15% SPRAY	3	ADD
OFF DEEP WOODS 25% SPRAY	3	ADD
OFF DEEP WOODS 25% TOWELETTE	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OFF DEEP WOODS DRY 25% SPRAY	3	ADD
OFF DEEP WOODS SPORTMN 25% SPR	3	ADD
OFF DEEP WOODS SPORTMN 30% SPR	3	ADD
OFF DEEP WOODS SPORTMN 98.25%	3	ADD
OFF FAMILYCARE 15% RPLNT I SPR	3	ADD
OFF FAMILYCARE 5% REPELLNT III	3	ADD
OFF FAMILYCARE 5% RPLNT II SPR	3	ADD
OFF FAMILYCARE 7% RPLNT SPRAY	3	ADD
PANRETIN	2	PA; MO; NDS
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE	3	ADD
<i>pentravan cream base (rx)</i>	3	ADD
PENTRAVAN PLUS CREAM BASE	3	ADD
<i>petrolatum base ointment</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PFCB CREAM BASE	3	ADD
PHARMABASE ANTIOXIDANT CREAM (RX)	3	ADD
PHARMABASE COSMETIC CR NATURAL (RX)	3	ADD
PHARMABASE COSMETIC CREAM	3	ADD
PHARMABASE COSMETIC CRM LIGHT (RX)	3	ADD
PHARMABASE VAGINAL CREAM	3	ADD
PHYTOBASE CREAM (RX)	3	ADD
<i>pimecrolimus</i>	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
<i>podofilox topical solution</i>	1	MO
<i>polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)</i>	1	
<i>polocaine-mpf</i>	1	
PRETTY FEET & HANDS CREAM	3	ADD
PROPYLENE GLYCOL LIQUID USP (RX)	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>qc anti-itch 2%-0.1% cream</i>	3	ADD
RANGER READY REPELLENT 20% SPR	3	ADD
REPEL 100 98.11% SPRAY	3	ADD
REPEL 30% WIPE	3	ADD
REPEL FAMILY 10% SPRAY	3	ADD
REPEL FAMILY 15% SPRAY	3	ADD
REPEL HUNTER'S 25% SPRAY	3	ADD
REPEL LEMON EUCALYPTUS 30% SPR	3	ADD
REPEL SPORTSMEN 25% SPRAY	3	ADD
REPEL SPORTSMEN 29% SPRAY	3	ADD
REPEL SPORTSMEN DRY 25% SPRAY	3	ADD
REPEL SPORTSMEN MAX 40% LOTION	3	ADD
REPEL SPORTSMEN MAX 40% SPRAY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
REPEL TICK DEFENSE 15% SPRAY	3	ADD
SANTYL	2	MO; QL (180 por 30 días)
SAWYER CONTROL RELEASE 20% LOT	3	ADD
<i>silver sulfadiazine</i>	1	MO
<i>sm benzoin tincture</i>	3	ADD
<i>sorbidon hydrate cream (rx)</i>	3	ADD
<i>sorbidon hydrate cream 12's (rx)</i>	3	ADD
<i>ssd</i>	1	MO
STUDIO 35 MOIST SKIN CREAM	3	ADD
<i>tacrolimus topical</i>	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
TENDER CARE LANOLIN CREAM	3	ADD
<i>therapeutic moisturizing cream fragrance free</i>	3	ADD
<i>therapeutic moisturizing cream fragrance-free</i>	3	ADD
<i>tridacaine ii</i>	1	PA; QL (90 por 30 días)
U-BASE CREAM BASE	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ULTRATHON 25% REPELLENT SPRAY (RX)	3	ADD
ULTRATHON 34.34% REPEL LOTION	3	ADD
VALCHLOR	2	PA; MO; NDS
VANIBASE MOISTURIZING CREAM (RX)	3	ADD
VANIBASE TRADITIONAL FORMULA (RX)	3	ADD
<i>vanicream skin cream (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vanicream skin cream 40lb pail (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vanicream skin cream no dye / fragrance (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vanicream skin cream w/pump dispenser (rx)</i>	3	MO; ADD
VERSATILE CREAM BASE (RX)	3	ADD
VERSIGEL CREAM BASE	3	ADD
VITAMIN E OINTMENT	3	ADD
XCEL 100 CREAM	3	ADD
XERAC AC 6.25% SOLUTION	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ZIKS ARTHRITIS PAIN RELIEF	3	MO; ADD; QL (57 por 30 días)
<i>zinc oxide 20% ointment (otc)</i>	3	MO; ADD
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>accutane</i>	1	
<i>acne medication 10% gel</i>	3	ADD
ACNE MEDICATION 5% GEL	3	ADD
<i>amnesteam</i>	1	
<i>azelaic acid</i>	1	MO
<i>benzoyl peroxide 10% gel (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 10% gel aqueous (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 10% wash (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 2.5% gel (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 5% gel (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 5% gel aqueous (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 5% wash (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>bpo 6% foaming cloths outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>claravis</i>	1	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily</i>	1	MO; QL (150 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>ery pads</i>	1	MO
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	1	MO
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>metronidazole topical</i>	1	MO
<i>tazarotene topical cream</i>	1	PA; MO
<i>tazarotene topical gel</i>	1	PA; MO
<i>tretinoin topical</i>	1	PA; MO
<i>zenatane</i>	1	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
AGENTES ANTITIROIDES		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>potassium iodide 1 gm/ml sol</i>	3	MO; ADD
<i>propylthiouracil</i>	1	MO
HORMONAS SUPRARRENALES		
<i>cortisone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral solution</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe</i>	1	
<i>fludrocortisone</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral</i>	1	MO
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack</i>	1	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	1	MO
<i>prednisolone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>prednisone intensol</i>	1	MO
<i>prednisone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablet</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg (48 pack), 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 10 mg/ml</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	MO
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine intravenous recon soln</i>	1	
<i>levothyroxine oral tablet</i>	1	MO
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	MO
<i>liothyronine</i>	1	MO
<i>unithroid</i>	1	MO
HORMONAS VARIAS		
<i>ALDURAZYME</i>	2	PA; MO; NDS
<i>cabergoline</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon) injection</i>	1	MO; NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	1	MO
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcitriol oral capsule</i>	1	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	PA; MO
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>clomid</i>	1	PA; MO
<i>clomiphene citrate</i>	1	PA; MO
CRYSVITA	2	PA; MO; LA; NDS
<i>danazol</i>	1	MO
<i>desmopressin injection</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral</i>	1	MO
<i>doxercalciferol</i>	1	MO
ELAPRASE	2	PA; MO; NDS
FABRAZYME	2	PA; MO; NDS
KANUMA	2	PA; MO; NDS
LUMIZYME	2	PA; MO; NDS
MEPSEVII	2	PA; MO; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>milophene</i>	1	PA
NAGLAZYME	2	PA; MO; LA; NDS
OVIDREL 250 MCG/0.5 ML SYRG	3	PA; MO; ADD
<i>pamidronate intravenous solution</i>	1	MO
<i>paricalcitol intravenous</i>	1	
<i>paricalcitol oral</i>	1	MO
<i>sapropterin</i>	1	PA; MO; NDS
SOMAVERT	2	PA; MO; NDS
STRENSIQ	2	PA; LA; NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	1	PA; MO; QL (37.5 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app</i>	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>tolvaptan</i>	1	PA; MO; NDS
<i>tolvaptan (polycystic kidney dis) oral tablet</i>	1	PA; NDS
VIMIZIM	2	PA; MO; LA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
<i>alcohol pads</i>	2	PA; MO
BAQSIMI	2	MO
BYDUREON BCISE	2	PA; QL (4 por 28 días)
CHEMSTRIP 10 MD	3	PA; ADD
CHEMSTRIP 50B	3	PA; ADD
CHEMSTRIP 7	3	PA; ADD
CVS KETONE CARE TEST STRIP	3	PA; ADD
<i>diazoxide</i>	1	MO; NDS
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	2	PA
<i>exenatide subcutaneous pen injector 10 mcg/dose(250 mcg/ml) 2.4 ml</i>	1	PA; QL (2.4 por 30 días)
<i>exenatide subcutaneous pen injector 5 mcg/dose (250 mcg/ml) 1.2 ml</i>	1	PA; QL (1.2 por 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG	2	MO; QL (30 por 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
GLYXAMBI	2	MO; QL (30 por 30 días)
GVOKE	2	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML	2	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML	2	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	2	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	2	MO
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	2	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	2	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	2	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	2	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	2	MO
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	2	MO
HUMALOG U-100 INSULIN	2	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	2	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	2	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	2	MO
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	2	MO
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN	2	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	2	MO
INPEFA	2	PA; MO; QL (30 por 30 días)
INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	MO
JANUMET	2	MO; QL (60 por 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	2	MO; QL (30 por 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)
JANUVIA	2	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
JARDIANCE	2	MO; QL (30 por 30 días)
JENTADUETO	2	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	2	MO; QL (30 por 30 días)
KETO-DIASTIX REAGENT STRIPS	3	PA; MO; ADD
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	2	MO
LANTUS U-100 INSULIN	2	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	2	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	2	MO
LYUMJEV U-100 INSULIN	2	MO
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	MO; QL (75 por 30 días)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 por 30 días)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
MOUNJARO	2	PA; QL (2 por 28 días)
MULTISTIX 10 SG REAGENT STRIPS	3	PA; MO; ADD
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	1	MO; QL (180 por 30 días)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	2	PA; QL (3 por 28 días)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	1	MO; QL (960 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (480 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (240 por 30 días)
RYBELSUS	2	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>saxagliptin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-500 MG	2	MO; QL (120 por 30 días)
SOLQUA 100/33	2	QL (90 por 30 días)
STEGLATRO	2	MO; QL (30 por 30 días)
SYMLINPEN 120	2	PA; QL (10.8 por 30 días); NDS
SYMLINPEN 60	2	PA; QL (6 por 30 días); NDS
SYNJARDY	2	MO; QL (60 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	MO; QL (30 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	2	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	2	MO
TRADJENTA	2	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	2	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)
TRULICITY	2	PA; QL (2 por 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	2	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	MO; QL (60 por 30 días)

SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

ACTEMRA ACTPEN	2	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (160 por 28 días); NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	2	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
BENLYSTA	2	PA; MO; NDS
CYLTEZO(CF) PEN	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	2	PA; QL (6 por 180 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	2	PA; QL (4 por 180 días); NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
ENBREL MINI	2	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK	2	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
HUMIRA (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074)	2	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074)	2	PA; QL (3 por 180 días); NDS
<i>leflunomide</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
ORENCIA (WITH MALTOSE)	2	PA; MO; QL (12 por 28 días); NDS
ORENCIA CLICKJECT	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (1.6 por 28 días); NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	2	PA; MO; QL (2.8 por 28 días); NDS
OTEZLA	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	2	PA; MO; QL (55 por 180 días); NDS
OTEZLA XR	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
OTEZLA XR INITIATION	2	PA; MO; QL (41 por 180 días); NDS
<i>penicillamine oral tablet</i>	1	PA; MO; NDS
RIDAURA	2	MO; NDS
RINVOQ LQ	2	PA; MO; QL (360 por 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	2	PA; MO; QL (84 por 180 días); NDS
SAVELLA ORAL TABLET	2	QL (60 por 30 días)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK	2	QL (55 por 180 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TYENNE AUTOINJECTOR	2	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
TYENNE INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (160 por 28 días); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS	2	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION	2	PA; MO; QL (480 por 24 días); NDS
XELJANZ ORAL TABLET	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
XELJANZ XR	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS	2	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	2	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS

TRATAMIENTO DE LA GOTA

<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>allopurinol sodium</i>	1	
<i>aloprim</i>	1	
<i>colchicine oral tablet</i>	1	MO
<i>febuxostat</i>	1	MO
<i>probenecid</i>	1	MO
<i>probenecid-colchicine</i>	1	MO

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronate oral solution</i>	1	MO; QL (300 por 28 días)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
BONSITY	2	PA; MO; QL (2.48 por 28 días); NDS
CONEXXENCE	2	PA; MO; QL (1 por 180 días)
<i>ibandronate intravenous solution</i>	1	PA

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ibandronate intravenous syringe</i>	1	PA; MO
<i>ibandronate oral</i>	1	MO; QL (1 por 30 días)
JUBBONTI	2	PA; MO; QL (1 por 180 días)
PROLIA	2	PA; MO; QL (1 por 180 días)
<i>raloxifene</i>	1	MO
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 por 30 días)
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO; QL (4 por 28 días)
<i>teriparatide (only ndcs starting with 47781)</i>	2	PA; MO; QL (2.48 por 28 días); NDS

SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA

AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS

<i>12-hr decongest 120 mg caplet caplet, 12hr, max-str</i>	3	ADD
--	---	-----

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>12hr nasal decongest er 120 mg</i>	3	ADD
<i>24hr allergy(levocetirzn) 5 mg</i>	3	ADD
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
<i>all day allergy 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>all day allergy 10 mg tablet indoor/outdoor 24 hr</i>	3	MO; ADD
<i>all day allergy-d tablet</i>	3	ADD
ALL DAY SINUS-COLD-D 220-120 MG	3	ADD
<i>aller-chlor 4 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aller-g-time 25 mg caplet</i>	3	ADD
<i>allergy (loratadine) 10 mg tab</i>	3	ADD
<i>allergy 25 mg capsule</i>	3	ADD
<i>allergy 25 mg tablet</i>	3	ADD
<i>allergy 4 mg tablet</i>	3	ADD
<i>allergy multi-symptom caplet</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>allergy relief 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>allergy relief 10 mg tablet non-drowsy, 24 hour</i>	3	ADD
<i>allergy relief 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>allergy relief 180 mg tablet</i>	3	ADD
<i>allergy relief 25 mg capsule</i>	3	ADD
<i>allergy relief 25 mg softgel</i>	3	ADD
<i>allergy relief 25 mg tablet</i>	3	ADD
<i>allergy relief 4 mg tablet</i>	3	ADD
<i>allergy relief 5 mg/5 ml soln</i>	3	ADD
<i>allergy relief d-12 tablet</i>	3	ADD
<i>allergy relief d-24hr tablet</i>	3	ADD
<i>allergy relief-d tablet</i>	3	ADD
<i>allergy relief-nasal decong tb</i>	3	MO; ADD
<i>allergy rlf (cetrzn) 10 mg tab</i>	3	ADD
<i>allergy rlf (cetrzn) 5 mg tab</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>allergy rlf (fexo) 60 mg tab</i>	3	ADD
<i>allergy-conges relf er tablet</i>	3	ADD
<i>allergy-conges relf er tablet non-drowsy, 24 hr rlf</i>	3	ADD
<i>allergy-congestion rlf 12h tab</i>	3	ADD
ALL-NITE COLD-FLU RELIEF LIQ	3	ADD
<i>aprodine tablet</i>	3	MO; ADD
AQUANAZ TABLET	3	ADD
<i>banophen 25 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>banophen 50 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>benzonatate 100 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>benzonatate 100 mg capsule inner</i>	3	MO; ADD
<i>benzonatate 100 mg capsule outer</i>	3	MO; ADD
<i>benzonatate 200 mg capsule</i>	3	MO; ADD
BRANTUSSIN DM 2-15-7.5 MG/5 ML	3	ADD
<i>bromphen-pse-dm 2-30-10 mg/5 ml (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>bromphen-pse-dm 2-30-10 mg/5 ml cup inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>bromphen-pse-dm 2-30-10 mg/5 ml cup outer (rx)</i>	3	MO; ADD
CAPMIST DM TABLET	3	MO; ADD
CAPRON DM LIQUID	3	MO; ADD
CAPRON DMT TABLET	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln children, grape (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln children's (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg chew tab outer</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet f/c,u-d,10x10,inner</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet f/c,u-d,10x10,outer</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet indoor & outdoor</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet indoor-outdoor,24hr</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg chew tab children's,outer,u-d</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg tablet indoor & outdoor</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg/5 ml solution cup inner</i>	3	ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg/5 ml solution cup outer</i>	3	ADD
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>cetirizine-pse er 5-120 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>chest cong rlf dm 400-20 mg tb</i>	3	MO; ADD
<i>chest cong rlf pe 400-10 mg tb</i>	3	ADD
<i>chest congest rlf 400 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>chest congestion relief dm syr</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHEST CONGESTION RELIEF SOLN	3	MO; ADD
<i>chest congst-cough relief tab</i>	3	ADD
<i>child all day allergy 1 mg/ml</i>	3	ADD
<i>child all day allergy 1 mg/ml bubble gum</i>	3	ADD
<i>child allergy (fexo) 30 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>child allergy 5 mg/5 ml soln</i>	3	ADD
<i>child allergy relief 1 mg/ml</i>	3	MO; ADD
<i>child allergy relief 5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>child allergy rlf 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>child cetirizine 10 mg chew tb chewable, allergy</i>	3	ADD
<i>child cetirizine 5 mg chew tab</i>	3	ADD
<i>child cetirizine hcl 1 mg/ml</i>	3	ADD
<i>child cold-allergy liquid</i>	3	ADD
CHILD COUGH DM ER 30 MG/5 ML	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILD DELSYM CGH-CLD NIGHT LIQ	3	MO; ADD
CHILD DELSYM COUGH 30 MG/5 ML AGE 4+,GRAPE	3	ADD
CHILD DELSYM COUGH 30 MG/5 ML AGE 4+,ORANGE	3	ADD
CHILD DELSYM COUGH PLUS DY-NT	3	ADD
<i>child delsym cough-chest dm lq</i>	3	ADD
CHILD LORATADINE 5 MG TAB CHEW	3	MO; ADD
<i>child loratadine 5 mg/5 ml sol</i>	3	MO; ADD
<i>child loratadine 5 mg/5 ml syr</i>	3	MO; ADD
<i>child loratadine 5 mg/5 ml syr grape</i>	3	MO; ADD
CHILD MUCINEX COUGH-CONGEST LQ	3	ADD
CHILD MUCINEX FREEFROM DY COLD	3	ADD
CHILD MUCINEX FREEFROM MS D-N	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILD MUCINEX M-S COLD DAY-NTE	3	ADD
CHILD MUCINEX M-S COLD NIGHT	3	ADD
CHILD MUCINEX MULTI-SYMP TOM LQ	3	ADD
CHILD MUCINEX STUFFY NOSE-CHST	3	MO; ADD
<i>child mucus relief cough liq cherry,child</i>	3	ADD
<i>children's cold-cough elixir red grape,child</i>	3	ADD
<i>children's cold-cough liquid</i>	3	ADD
<i>children's mucinex cough liq</i>	3	ADD
CHILDREN'S MUCINEX FREEFROM LQ	3	ADD
<i>children's plus m-s cold susp grape,multi-symptom</i>	3	ADD
<i>child's allergy 12.5 mg/5 ml cherry,child</i>	3	ADD
<i>chld allrgy rlf 12.5 mg chew tb</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHLO HIST ORAL SOLUTION	3	MO; ADD
CHLO TUSS LIQUID	3	MO; ADD
<i>chlorpheniramine er 12 mg tab</i>	3	ADD
<i>codeine-guaifen 10-100 mg/5 ml (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>codeine-guaifen 10-100 mg/5 ml d/f (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>cold-cough elixir</i>	3	ADD
COLD-SINUS RLF 200-30 MG LIQCAP	3	ADD
CONEX 2 MG-60 MG/5 ML SOLN	3	ADD
<i>conex tablet</i>	3	ADD
COUGH DM 20-200 MG/20 ML SYRUP	3	ADD
<i>cough dm er 30 mg/5 ml susp</i>	3	MO; ADD
COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP	3	MO; ADD
<i>cough dm er 30 mg/5 ml susp 12 hour</i>	3	MO; ADD
<i>cough dm er 30 mg/5 ml susp 12hr,gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>cough dm er 30 mg/5 ml susp gluten-free,12hr</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COUGH-COLD HBP TABLET	3	ADD
COUGH-COLD TABLET	3	ADD
<i>day multi-symp flu-severe cold</i>	3	ADD
DAY TIME COLD-FLU SOFTGEL	3	ADD
DAYTIME COLD-FLU RELIEF LIQUID	3	ADD
DAYTIME COLD-FLU RELIEF SFTGL	3	ADD
DELSYM 30 MG/5 ML SUSPENSION	3	MO; ADD
DELSYM 30 MG/5 ML SUSPENSION FOR ADULT	3	MO; ADD
DELSYM 30 MG/5 ML SUSPENSION GRAPE	3	MO; ADD
DELSYM COUGH 15 MG CAPLET	3	ADD
<i>delsym cough+chest cngst dm lq</i>	3	MO; ADD
DELSYM COUGH-SORE THROAT LIQ	3	ADD
DELSYM NIGHTTIME COUGH LIQUID	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dextromethorphan 15 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>dextromethorphan er 30 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>diphenhydrl 12.5 mg/5 ml elixir</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg capsule (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg/10 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 50 mg capsule (otc)</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	1	MO
DM-GUAIF-PE 18-200-10 MG/15 ML	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ED A-HIST DM TABLET	3	MO; ADD
<i>ed a-hist liquid (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>ed bron gp liquid</i>	3	ADD
<i>ed chlorped jr syrup</i>	3	MO; ADD
<i>ed-a-hist 4 mg-10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ed-a-hist dm liquid banana flavor (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>endacof-dm liquid</i>	3	MO; ADD
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	1	MO; QL (4 por 30 días)
<i>epinephrine injection solution</i>	1	
<i>fexofenadine hcl 180 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>fexofenadine hcl 180 mg tablet non-drowsy, 24hr (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>fexofenadine hcl 60 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>fexofenadine-pse er 180-240 tb (otc)</i>	3	ADD
<i>fexofenadine-pse er 60-120 tab (otc)</i>	3	ADD
<i>fexofenadine-pse er 60-120 tab allergy/congest, 12hr (otc)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FLU HBP 325-2-10 MG CAPLET	3	ADD
FLU-SEVERE COLD-COUGH DAY PKT	3	ADD
<i>ft ad allergy (cetrzn) 10 mg tb</i>	3	MO; ADD
<i>ft ad allergy (lorat) 10 mg tb</i>	3	ADD
<i>ft adult tussin 200 mg/10 ml</i>	3	ADD
<i>ft adult tussin cf liquid</i>	3	MO; ADD
<i>ft allergy (chlorphen) 4 mg tb</i>	3	ADD
<i>ft allergy (diphen) 25 mg cap</i>	3	ADD
<i>ft allergy (diphen) 25 mg tab</i>	3	ADD
<i>ft allergy (fexo) 180 mg tab</i>	3	ADD
<i>ft allergy (fexo) 60 mg tablet</i>	3	ADD
<i>ft allergy multi-symptom cplt</i>	3	ADD
<i>ft chest cong rlf dm 400-20 mg</i>	3	MO; ADD
<i>ft chest cong rlf pe 400-10 mg</i>	3	ADD
<i>ft chest congest 400 mg caplet</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FT CHILD ALLERGY RLF 5 MG CHEW	3	ADD
FT DAYTIME SEVERE CLD-FLU CPLT	3	ADD
FT DAYTIME SEVERE COLD-FLU LIQ	3	ADD
<i>ft daytime-nighttime cold-flu</i>	3	ADD
<i>ft mucus dm er 600-30 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>ft mucus dm max er 1200-60 mg</i>	3	MO; ADD
<i>ft mucus relief er 600 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>ft nasal decong pe 10 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>ft nasal decongest 30 mg tab</i>	3	ADD
FT NIGHT SEVERE COLD-FLU LIQ	3	ADD
<i>gnp all day allergy 10 mg sfgl</i>	3	ADD
<i>gnp allergy multi-symptom cplt</i>	3	ADD
<i>gnp allergy relief 180 mg tab</i>	3	ADD
<i>gnp allergy relief 25 mg tab</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp allergy relief 4 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp allergy relief 5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp allergy relief 50 mg/20 ml</i>	3	ADD
GNP COLD HEAD CONGST SEVR CPLT	3	ADD
GNP COLD MAX DAY-NIGHT CAPLET	3	ADD
GNP COLD MAX DAYTIME CAPLET	3	ADD
GNP COLD-FLU SEVERE CAPLET	3	ADD
<i>gnp fexofenadine-pse er 60-120 (otc)</i>	3	ADD
<i>gnp loratadine 10 mg odt</i>	3	MO; ADD
<i>gnp mucus dm max er 1200-60 mg</i>	3	MO; ADD
<i>gnp mucus er 600 mg tablet</i>	3	MO; ADD
GNP MUCUS-ER MAX 1,200 MG TAB	3	ADD
<i>gnp nasal decong pe 10 mg tab</i>	3	MO; ADD
GNP SINUS PRESSURE-PAIN CAPLET	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GNP SINUS SEVERE CAPLET	3	ADD
GNP SINUS-HEADACHE CAPLET	3	ADD
<i>gnp tussin dm 200-20 mg/20 ml</i>	3	ADD
<i>gnp tussin dm max liquid</i>	3	ADD
<i>gnp tussin mucus-con 200 mg/10</i>	3	ADD
<i>gs all day allergy 10 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>gs all day allergy-d tablet</i>	3	ADD
<i>gs aller-ease 180 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs allergy (diphen) 25 mg tab</i>	3	ADD
<i>gs allergy relief 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs allergy relief 10 mg tablet non-drowsy</i>	3	ADD
<i>gs child all day aller 1 mg/ml</i>	3	ADD
<i>gs child allergy 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>gs child allergy rlf 5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>gs children's cold-cough soln</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GS CHLD COUGH DM ER 30 MG/5 ML	3	ADD
GS COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP	3	MO; ADD
GS DAY TIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE	3	ADD
<i>gs mucus er 600 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>gs nasal decongest 30 mg tab</i>	3	ADD
GS NIGHTTIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE, ORIGINAL	3	ADD
<i>gs nighttime cold-flu softgel</i>	3	ADD
GS SEVERE COLD-FLU NIGHTTME LQ	3	ADD
GS SEVERE DAYTIME COLD-FLU LIQ	3	ADD
<i>gs suphedrine 12hr 120 mg cplt</i>	3	ADD
GS TUSSIN DM 200-20 MG/20 ML	3	ADD
<i>gs tussin dm max liquid</i>	3	ADD
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml (otc)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>guaifenesin 100 mg/5 ml solution cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 100 mg/5 ml solution cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 200 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 200 mg/10 ml solution cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 200 mg/10 ml solution cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 300 mg/15 ml solution cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 300 mg/15 ml solution cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin er 600 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin er 600 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin er 600 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
GUAIFENESIN-CODEINE 100-10 MG/5 ML CUP INNER (OTC)	3	MO; ADD
GUAIFENESIN-CODEINE 200-20 MG/10 ML CUP INNER (OTC)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml cup inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml cup outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-dm 200-20 mg/10 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>guaifenesin-dm 200-20 mg/10 ml cup inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-dm 200-20 mg/10 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>guaifenesin-dm 200-20 mg/10 ml cup outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-pse er 1200-120 mg (otc)</i>	3	ADD
<i>guaifenesin-pse er 600-60 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
HEAD CONGESTION-MUCUS CAPLET	3	ADD
HISTEX 2.5 MG/5 ML SYRUP	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HISTEX PD 0.938 MG/ML DROP	3	MO; ADD
HISTEX-DM SYRUP	3	MO; ADD
HYCODAN 5 MG-1.5 MG TABLET	3	PA; MO; ADD
HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLN	3	MO; ADD
HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLUTION CUP INNER	3	ADD
HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLUTION CUP OUTER	3	ADD
<i>hydrocodone-chlorphen er susp</i>	3	PA; MO; ADD
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5 mg tablet</i>	3	PA; MO; ADD
<i>hydrocodone-homatropine soln</i>	3	PA; ADD
<i>hydromet 5 mg-1.5 mg/5 ml soln</i>	3	MO; ADD
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>levocetirizine 5 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>levocetirizine oral solution</i>	1	MO
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lohist-d liquid</i>	3	MO; ADD
<i>lohist-dm syrup</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg odt</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet 10x10,u-d,inner</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet 10x10,u-d,outer</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 5 mg/5 ml solution</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 5 mg/5 ml syrup children's</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 5 mg/5 ml syrup children's, d/f</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine-d 12 hour tablet</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine-d 24hr tablet</i>	3	MO; ADD
LORTUSS LQ 6.25-30 MG/5 ML LIQ	3	ADD
<i>mapap cold formula caplet</i>	3	MO; ADD
MAR-COF CG LIQUID	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MAXICHLOR PEH DM TABLET	3	ADD
MAXIFED TABLET	3	ADD
MAXIFED TR 30-1.25 MG TABLET	3	ADD
<i>maxi-tuss ac liquid</i>	3	ADD
MAXI-TUSS CD LIQUID	3	ADD
<i>maxi-tuss g liquid</i>	3	ADD
<i>maxi-tuss gmx liquid</i>	3	ADD
MAXI-TUSS JR LIQUID	3	ADD
MAXI-TUSS PE JR LIQUID	3	ADD
MAXI-TUSS PE LIQUID	3	ADD
<i>maxi-tuss pe max liquid</i>	3	ADD
<i>maxi-tuss tr syrup</i>	3	ADD
<i>m-dryl 12.5 mg/5 ml solution</i>	3	MO; ADD
M-END DMX LIQUID	3	MO; ADD
MICLARA DM LIQUID	3	ADD
MICLARA LQ 1.25 MG/5 ML SYRUP	3	ADD
MUCINEX COLD-FLU HBP LIQ GEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCINEX COLD-FLU-SORETHROAT LQ	3	ADD
<i>mucinex cough-chest cong hbp</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex d er 1,200-120 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex d er 600-60 mg tablet</i>	3	MO; ADD
MUCINEX DM ER 1,200-60 MG TAB BI-LAYER, MAX-STR	3	MO; ADD
<i>mucinex dm er 600-30 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex dm er 600-30 mg tablet bi-layer</i>	3	MO; ADD
MUCINEX ER 1,200 MG TABLET	3	MO; ADD
MUCINEX ER 1,200 MG TABLET MAX STR, BI-LAYER	3	MO; ADD
<i>mucinex er 600 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex er 600 mg tablet bi-layer, 12 hours</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex er 600 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex er 600 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU CAP	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU CPLT	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU CPLT	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU LIQ	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU LIQ	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT	3	ADD
MUCINEX FASTMAX COLD-NIGHTSHFT LQ	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX CONGEST-COUGH	3	MO; ADD
MUCINEX FAST-MAX CONGEST-HEAD	3	ADD
MUCINEX FASTMAX CONG-NIGHTSHFT LQ	3	ADD
<i>mucinex fast-max dm max liquid</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>mucinex fast-max dm max liquid maximum strength</i>	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX DM NIGHTSHIFT	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX DY-NT CLD-FLU	3	ADD
MUCINEX FASTMX CLD-NIGHTSHFT CPLT	3	ADD
MUCINEX FASTMX CNG-NIGHTSHFT CPLT	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT SEVR CLD-FLU	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT CLD-FLU CPT	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT COLD-FLU LQ	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT SINUS CAPLT	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT SINUS LIQ	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX CONG-PAIN CP	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCINEX SINUS-MAX CONG-PAIN LQ	3	ADD
MUCINEX SINUSMAX DAY-NT CAPLET	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX DY-NT LIQGEL	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX NIGHTSHFT LQ	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX PRESSURE-CGH	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX SEVERE CPLT	3	ADD
<i>mucus er 600 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>mucus relief 400 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>mucus relief d er 600-60 mg tb</i>	3	MO; ADD
<i>mucus relief dm cough tablet</i>	3	ADD
<i>mucus relief dm max liquid</i>	3	ADD
MUCUS RELIEF ER 1,200 MG TAB	3	MO; ADD
<i>mucus relief er 600 mg tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>mucus relief pe tablet</i>	3	ADD
<i>mucus rlf dm er 600-30 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>mucus rlf dm er 600-30 mg tab outer</i>	3	MO; ADD
<i>mucus rlf dm max er 1200-60 mg</i>	3	MO; ADD
<i>nasal decongestant 30 mg tab</i>	3	ADD
<i>nasal decongestant 30 mg tab maximum strength</i>	3	ADD
<i>nasal decongestant 30 mg tab non-drowsy,max-str</i>	3	ADD
<i>nasal decongestant pe 10 mg tb</i>	3	MO; ADD
<i>nasal decongestant pe 10 mg tb max-str</i>	3	MO; ADD
<i>nasal decongestant pe 10 mg tb non-drowsy,mx-str</i>	3	MO; ADD
NIGHT SEVERE COLD-COUGH PKT	3	ADD
NIGHT TIME COLD-FLU LIQUID MULTI-SYMP, ORIGINAL	3	ADD
<i>night time cold-flu liquid multi-sympt, cherry</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>night time cold-flu gluten-free, softgel</i>	3	ADD
<i>night time cough liquid multi sympt, cherry</i>	3	ADD
<i>nighttime cold-flu rlf sftgl</i>	3	ADD
NIGHTTIME COLD-FLU RLF SFTGL	3	ADD
NINJACOF-A LIQUID	3	ADD
NINJACOF-XG LIQUID	3	ADD
NIVANEX DMX TABLET	3	ADD
<i>nohist-dm liquid</i>	3	MO; ADD
NOREL AD TABLET	3	MO; ADD
PEDIACLEAR PD 0.625 MG/ML DROP	3	ADD
<i>pharbedryl 25 mg capsule</i>	3	ADD
<i>pharbedryl 50 mg capsule</i>	3	ADD
<i>promethazine injection solution</i>	1	MO
<i>promethazine oral</i>	1	PA; MO
<i>promethazine-codeine solution</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>promethazine-dm 6.25-15 mg/5 ml solution</i>	3	MO; ADD
<i>promethazine-dm 6.25-15 mg/5 ml syrup</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine 30 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine 60 mg tablet (otc)</i>	3	ADD
<i>pseudoephedrine er 120 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine er 120 mg tab 12 hour, coated</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine er 120 mg tab coated cplt, max str</i>	3	MO; ADD
<i>qc child allergy 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>qc cold relief plus eff tablet</i>	3	ADD
<i>qc complete allergy 25 mg cap</i>	3	ADD
<i>qc mucus relief 400 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>qc nasal decongest 30 mg tab</i>	3	ADD
<i>robafen cf liquid multi-cld symptm</i>	3	MO; ADD
<i>robafen dm 200-20 mg/20 ml liq</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RU-HIST D 10-4 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>rydex liquid</i>	3	ADD
RYMED TABLET	3	MO; ADD
<i>rynex dm liquid gluten/f</i>	3	MO; ADD
<i>rynex dm liquid prof use only</i>	3	MO; ADD
<i>rynex pe liquid</i>	3	MO; ADD
<i>rynex pse liquid</i>	3	ADD
SEVERE COLD-FLU CAPLET	3	ADD
SINUS CONGESTION-PAIN CAPLET	3	MO; ADD
SINUS CONGST-PAIN 325-200-5 MG	3	ADD
SINUS PRESSURE-PAIN CAPLET	3	ADD
SINUS-HEADACHE 5-325 MG CAPLET	3	ADD
<i>sm child allergy 5 mg/5 ml sol</i>	3	ADD
<i>sm nasal decongest er 120 mg</i>	3	ADD
STAHIST AD TABLET	3	MO; ADD
<i>sudogest 12 hour 120 mg caplet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sudogest 30 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sudogest 30 mg tablet boxed</i>	3	MO; ADD
<i>sudogest 60 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sudogest cold and allergy tab</i>	3	MO; ADD
<i>suphedrin 30 mg tablet</i>	3	ADD
THERAFLU EXPRESSMAX COLD-COUGH	3	ADD
THERAFLU EXPRESSMAX DAY CAPLET	3	ADD
THERAFLU EXPRESSMAX NIGHT CPLT	3	ADD
THERAFLU MS SEVERE COLD PCKT	3	ADD
THERAFLU NT SEVERE CLD-CGH PKT NIGHTTIME	3	ADD
TRIPROLIDINE 0.625 MG/ML DROP	3	ADD
TRIPROLIDINE 0.938 MG/ML DROPS	3	MO; ADD
TUSNEL CAPLET	3	ADD
<i>tusnel diabetic liquid</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>tusnel diabetic liquid d/f</i>	3	MO; ADD
TUSNEL DM LIQUID	3	ADD
TUSNEL DM PEDIATRIC LIQUID	3	ADD
TUSNEL LIQUID D/F	3	ADD
TUSNEL PED 5-50-15 MG/5 ML LIQ (OTC)	3	ADD
TUSNEL PEDI 25-1.25 MG/ML DROP	3	ADD
TUSNEL-DM PED 2.5-25-1.25 MG/ML	3	ADD
<i>tussin 400 mg tablet</i>	3	ADD
<i>tussin cf cough-cold liquid non-drowsy</i>	3	ADD
<i>tussin cf cough-cold syrup non-drowsy</i>	3	ADD
<i>tussin cough liquid long-acting</i>	3	ADD
<i>tussin dm 400-20 mg tablet</i>	3	ADD
<i>tussin dm 400-20 mg/20 ml liq</i>	3	ADD
<i>tussin dm liquid</i>	3	ADD
<i>tussin mucus-cong 200 mg/10 ml</i>	3	ADD
TUXARIN ER 8-54.3 MG TABLET	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VANACOF DM 18-200-10 MG/15 ML	3	MO; ADD
VANACOF LIQUID	3	MO; ADD
WESTUSSIN DM 1-5-10 MG/5 ML SYR	3	ADD
WESTUSSIN DM NF 2-15-7.5 MG/5 ML	3	ADD
AGENTES PULMONARES		
<i>acetylcysteine</i>	1	B/D PA; MO
ADEMPAS	2	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días); NDS
ADVAIR HFA	2	MO; QL (12 por 30 días)
<i>albuterol sulfate (only ndcs starting with 00054, 00093, 00781, 17270, 45802, 60687, 68180, 69097, 76282) inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	MO; QL (17 por 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	1	QL (13.4 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1	MO
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (12.2 por 30 días)
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (6.1 por 30 días)
<i>alyq</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>ambrisentan</i>	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>arformoterol</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ASMANEX HFA	2	MO; QL (13 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60)	2	MO; QL (1 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	2	MO; QL (2 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14)	2	QL (2 por 28 días)
ATROVENT HFA	2	MO; QL (25.8 por 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE	2	MO; QL (10.7 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>bosentan oral tablet</i>	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
BREO ELLIPTA	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>breyana</i>	1	MO; QL (10.3 por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	2	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>budesonide-formoterol</i>	1	QL (10.2 por 30 días)
CHILD FLONASE ALLER RLF 50 MCG	3	MO; ADD
CINRYZE	2	PA; MO; NDS
COMBIVENT RESPIMAT	2	QL (8 por 30 días)
<i>cromolyn inhalation</i>	1	B/D PA; MO
<i>cromolyn sodium nasal spray</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION	2	QL (13 por 30 días)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200-5 MCG/ACTUATION , 50-5 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (13 por 30 días)
FASENRA PEN	2	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	2	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG SPR	3	MO; ADD
FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG SPR 120 METERED SPRAYS	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG SPR 3X120 METERED SPRAYS	3	MO; ADD
FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG SPR 60 METERED SPRAYS	3	MO; ADD
<i>flunisolide</i>	1	MO; QL (50 por 30 días)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray (otc)</i>	3	MO; ADD
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	2	ST; MO; QL (12 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	2	ST; MO; QL (24 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	2	ST; MO; QL (10.6 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fluticasone propionate nasal spray, suspension 50 mcg/actuation</i>	1	MO; QL (16 por 30 días)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>formoterol fumarate</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>gnp fluticasone prop 50 mcg sp (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>gs 24 hour allergy 50 mcg spry</i>	3	ADD
<i>icatibant</i>	1	PA; MO; NDS
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	1	B/D PA; MO
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	B/D PA; MO
KALYDECO	2	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
<i>mometasone nasal</i>	1	MO; QL (34 por 30 días)
<i>montelukast</i>	1	MO
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	2	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	2	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; LA; QL (0.4 por 28 días); NDS
OFEV	2	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
OPSUMIT	2	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
OPSYNVI	2	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	2	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET	2	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
<i>pirfenidone oral capsule</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (2 por 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (1 por 30 días)
PULMOZYME	2	B/D PA; MO; NDS
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	2	QL (10.6 por 30 días)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	2	QL (21.2 por 30 días)
<i>roflumilast</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>sajazir</i>	1	PA; MO; NDS

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	1	NDS
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	2	MO; QL (4 por 30 días)
STIOLTO RESPIMAT	2	MO; QL (4 por 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT	2	MO; QL (4 por 30 días)
SYMDEKO	2	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>terbutaline</i>	1	MO
<i>theophylline oral elixir</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	1	
<i>tiotropium bromide</i>	1	QL (90 por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	2	MO; QL (60 por 30 días)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	2	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	2	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
TYVASO	2	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días); NDS
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	2	B/D PA; QL (11.6 por 180 días); NDS
TYVASO REFILL KIT	2	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días); NDS
TYVASO STARTER KIT	2	B/D PA; MO; QL (81.2 por 180 días); NDS
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	2	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	2	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	2	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	2	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	2	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS
<i>zafirlukast</i>	1	MO

SUMINISTROS DIVERSOS

SUMINISTROS DIVERSOS

AEROCHAMBER MINI	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROCHAMBER MV HOLD CHAMBER	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU LARGE	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU MED	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SMALL	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W/MASK, LARGE	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W-FLOW	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W-FLOW W/FLOWSIGNAL	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-MED W/MASK-MED,CMFT SEAL	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-SMALL W/MASK-SM,CMFT SEAL	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
AEROVENT PLUS HOLDING CHAMBER	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
AIMSCO LATEX CONDOM	3	ADD; QL (24 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AIRZONE PEAK FLOW METER ADULTS & CHILDREN	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
NOVO PEN NEEDLE	2	PA; MO
CEQR SIMPLICITY	2	MO
CEQR SIMPLICITY INSERTER	2	MO
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
COMPACT SPACE CHAMBER	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
DUREX AVANTI REAL FEEL CONDOM	3	MO; ADD; QL (24 por 30 días)
EASIVENT HOLDING CHAMBER HOSPITAL PACK	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
EASIVENT HOLDING CHAMBER RETAIL PACK	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
EASIVENT MASK-LARGE	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
EASIVENT MASK-MEDIUM	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
EASIVENT MASK-SMALL	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
EQ SPACE CHAMBER	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
EQ SPACE CHAMBER-LARGE MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
EQ SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EQ SPACE CHAMBER-SMALL MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
FANTASY CONDOM	3	ADD; QL (24 por 30 días)
FC2 FEMALE CONDOM	3	MO; ADD; QL (20 por 30 días)
FLEXICHAMBER	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
GAUZE PADS 2 X 2	2	PA; MO
EMBECTA INSULIN SYRINGE	2	PA; MO
KIMONO MAXX CONDOM	3	ADD; QL (24 por 30 días)
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE	3	MO; ADD; QL (24 por 30 días)
KIMONO MICROTHIN CONDOM	3	ADD; QL (24 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOM	3	ADD; QL (24 por 30 días)
KIMONO TEXTURED CONDOM	3	ADD; QL (24 por 30 días)
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS	3	ADD; QL (24 por 30 días)
MICROCHAMBER	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
MICROLIFE PEAK FLOW METER	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
MICROSPACER FOR AEROSOL DEVICE	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER AFS, (30-400)	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER STANDARD, (60-800)	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
BD PEN NEEDLE	2	PA; MO
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	2	MO
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	2	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	2	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2 PLUS)	2	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	2	QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	2	MO
OPTICHAMBER DIAMOND VHC	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
OPTICHAMBER DIAMOND W-LRG MASK	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
OPTICHAMBER DIAMOND W-MED MASK	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
OPTICHAMBER DIAMOND W-SML MASK	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
PANDA MASK LARGE	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PANDA MASK MEDIUM	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PANDA MASK SMALL	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PEDIATRIC PANDA MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
EMBECTA PEN NEEDLE	2	PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PERSONAL BEST PEAK FLOW MTR	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PIKO 1 FLOW METER	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
POCKET CHAMBER	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
POCKET PEAK FLOW METER 12'S	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PRECISION XTR B-KETONE STRIP BETA-KETONE	3	PA; MO; ADD
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PURE COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PURECOMFORT PEAK FLOW MTR ADLT	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
PURECOMFORT PEAK FLOW MTR CHLD	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
RITEFLO SPACER	3	PA; ADD; QL (2 por 365 días)
TRUSTEX CONDOM	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX CONDOM 12'S, LUBRICATED	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX CONDOM 12'S, RESERVOIR TIP	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX CONDOM 12'S, W/NONOXYNOL-9	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX CONDOM 12'S, W-NONOXYNOL-9	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX CONDOM 12'S,EXTRA STRENGTH	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX CONDOM 12'S,LUBRICATED	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX CONDOM 12'S,W/NONOXYNOL-9	3	ADD; QL (24 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRUSTEX CONDOM 12'S,W-NONOXYNOL-9	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX LATEX CONDOM 12'S	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX LATEX CONDOM 48'S	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX-RIA CONDOM 12'S	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX-RIA CONDOM 12'S, NON-LUBRICATED	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX-RIA CONDOM 12'S,W/SPERMICI DE	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX-RIA CONDOM 48'S	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX-RIA CONDOM 48'S, NON-LUBRICATED	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUSTEX-RIA CONDOM 48'S,W/SPERMICI DE	3	ADD; QL (24 por 30 días)
TRUZONE PEAK FLOW METER ADULT/PEDIATRI C	3	PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días)
BD INSULIN SYRINGE	2	PA; MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

UROLÓGICOS

GNP URINARY PAIN RLF 99.5 MG	3	ADD
<i>qc urinary pain rlf 95 mg tab</i>	3	ADD
<i>urinary pain relief 95 mg tab</i>	3	ADD
URINARY PAIN RELIEF 99.5 MG TB	3	ADD

AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

<i>alprostadil</i>	1	
<i>bethanechol chloride</i>	1	MO
CYSTAGON	2	PA; LA
ELMIRON	2	MO
<i>glycine urologic</i>	1	
<i>glycine urologic solution</i>	1	
K-PHOS NO 2	2	MO
K-PHOS ORIGINAL	2	MO
ORACIT ORAL SOLUTION	3	MO; ADD
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	1	MO
RENACIDIN	2	MO
<i>sod citrate-citric acid soln (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>sod citrate-citric acid solution 1.5-1 gm/15 ml cup inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod citrate-citric acid solution 1.5-1 gm/15 ml cup outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod citrate-citric acid solution 3-2 gm/30 ml cup inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod citrate-citric acid solution 3-2 gm/30 ml cup outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPAS MÓDICOS

<i>mirabegron</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL RECON	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	2	MO

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
OXYTROL FOR WOMEN 3.9 MG/24HR OUTER	3	MO; ADD
<i>solifenacin</i>	1	MO
<i>tolterodine</i>	1	MO
<i>trospium oral tablet</i>	1	MO

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)

<i>alfuzosin</i>	1	MO
<i>dutasteride</i>	1	MO
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>tamsulosin</i>	1	MO

VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS

DERIVADOS DE SANGRE

<i>albumin, human 25 %</i>	1	
----------------------------	---	--

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

<i>alburx (human) 25 %</i>	1	
<i>alburx (human) 5 %</i>	1	
<i>albutein 25 %</i>	1	
<i>albutein 5 %</i>	1	

ELECTROLITOS

<i>antacid 500 mg chewable tablet</i>	3	ADD
<i>antacid 500 mg chewable tablet inner</i>	3	ADD
<i>antacid 500 mg chewable tablet outer</i>	3	ADD
<i>antacid 750 mg chewable tablet</i>	3	ADD
<i>antacid ex-str 750 mg tab chew</i>	3	ADD
<i>antacid ultra str 1,000 mg chw</i>	3	ADD
<i>antacid ultra tablet chew</i>	3	ADD
<i>antacid xtra strength chew tab</i>	3	ADD
BIOLYTE LIQUID BERRY, INNER	3	ADD
BIOLYTE LIQUID CITRUS, INNER	3	ADD
BIOLYTE LIQUID MELON, INNER	3	ADD
BIOLYTE LIQUID TROPICAL, INNER	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAL-CITRATE PLUS VITAMIN D TAB	3	ADD
CALCIUM 1,000 MG-D3 20 MCG TAB	3	MO; ADD
<i>calcium 250 mg-vit d3 3 mcg tb</i>	3	MO; ADD
CALCIUM 500 MG CHEWABLE TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet tab chew,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500 mg tablet oyster shell,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500 mg-vit d3 10 mcg tab (rx)</i>	3	ADD
CALCIUM 500 MG-VIT D3 15 MCG TAB	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg-vit d3 5 mcg tb (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM 500 MG-VIT D3 600 UNIT	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 10 mcg chew</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 10 mcg chew</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 125 caplet</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 caplet caplt,p/f,no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 caplet gluten-free,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 tablet lactose free, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 tablet p/f,n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet p/f,gluten-f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet p/f,n,no lactose (rx)</i>	3	ADD
CALCIUM 500-VIT D3 600 TABLET	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg tablet gluten-free,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600 mg tablet p/f, n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600 mg-d3 20 mcg cplt (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-d3 400 unit sfgl</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-vit d3 10 mcg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-vit d3 5 mcg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 with vit d chew tb p/f</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600+d softgel</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-d3 20 mcg(800 unit) (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM 600-VIT D3 2,500 SFTGL	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet caplet, no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet lactose free, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet lactose free,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet p/f,d/f,lactose-free (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet p/f,high potency (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet high potency (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet new formula (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f, n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f, no yeast (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f, lactose-free (rx)</i>	3	ADD
CALCIUM 600-VIT D3 500 SOFTGEL RAPID RELEASE, SFTGL (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM 600-VIT D3 500 SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	1	PA; MO
<i>calcium antacid 500 mg chw tab assorted fruit</i>	3	MO; ADD
<i>calcium antacid 500 mg chw tab gluten-f, peppermint</i>	3	MO; ADD
<i>calcium carb 1,250 mg/5 ml sus n (otc)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CARB 260 MG TAB CHEW	3	ADD
<i>calcium carb 500 mg tab chew</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium carbonate 1,250 mg/5 ml suspension cup (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium carbonate 1,250 mg/5 ml suspension cup 40's,u-d (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium carbonate 648 mg tab</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CARBONATE POWDER	3	ADD
<i>calcium chloride</i>	1	
<i>calcium cit 200 mg-d3 6.25 mcg (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium cit 200-vit d3 250 tab (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 200-VIT D3 250 TAB (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium cit 250 mg-d3 200 unit (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium cit 315 mg-vit d3 5 mcg (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 315-VIT D3 250 CPT (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 315-VIT D3 250 TAB INNER (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 315-VIT D3 250 TAB OUTER (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium citrate - vit d caplet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium citrate - vit d caplet caplet, coated (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate - vit d caplet caplet,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate - vit d p/f, caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate - vit d tablet p/f,coated (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 200 mg caplet caplet, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 200 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 200 mg tablet coated, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 250 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 250 mg tablet</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE GRANULES	3	ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 CAPLET (RX)	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM CITRATE-VIT D3 CAPLET P/F (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium citrate-vit d3 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET COATED, PETITES (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET INNER (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET OUTER (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET PETITES (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium citrate-vitamin d3 liq</i>	3	MO; ADD
<i>calcium cit-vit d 315-200 tab p/f, lactose-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium gluconate intravenous</i>	1	
CALCIUM LACTATE 100 MG TABLET	3	ADD
<i>cal-gest 500 mg tablet chew</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAL-MINT 260 MG TABLET CHEW	3	ADD
CAL-QUICK LIQUID	3	ADD
CALTRATE 600 + D SOFT CHEW TAB CHOCOLATE TRUFFLE	3	MO; ADD
CALTRATE 600 PLUS D3 TABLET	3	MO; ADD
CITRACAL + D MAXIMUM CAPLET (RX)	3	ADD
CITRACAL-D3 200 MG-250 UNIT TAB COATED, PETITES (RX)	3	MO; ADD
CITRACAL-D3 MAXIMUM PLUS CAPLT	3	MO; ADD
CVS CAL CIT 200 MG-D3 6.25 MCG (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs calcium 500-vit d3 125 tab</i>	3	ADD
<i>cvs calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs calcium 600-vit d3 800 tab p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs magnesium 250 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS MAGNESIUM 500 MG CAPLET (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs pediatric electrolyte 16's, freezer pops (rx)</i>	3	ADD; QL (434 por 30 días)
<i>cvs pediatric electrolyte soln (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>cvs pediatric electrolyte soln dye/free, strawberry (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
CVS TRIPLE MAGNESIUM COMPLEX	3	ADD
<i>effe-k oral tablet, effervescent 25 meq</i>	1	MO
ENFAMIL ENFALYTE SOLUTION RTU, UNFLAVORED (RX)	3	ADD; QL (413 por 30 días)
<i>eq calcium 500-vit d3 400 tab oyster shell (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eq calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eq calcium 600-vit d3 800 tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eq calcium citrate-vit d3 cpt (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EQL CALCIUM CITRATE-VIT D3 CPT (RX)	3	MO; ADD
<i>ft antacid 500 mg chew tablet</i>	3	ADD
<i>ft antacid ex-str 750 mg chew</i>	3	ADD
<i>gnp antacid ex-str 750 mg chew</i>	3	ADD
<i>gnp calcium 500-vit d3 600 tab</i>	3	MO; ADD
<i>gnp calcium 600 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp calcium 600 mg-d3 800 unit p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp calcium citrate-vit d3 tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gs pediatric electrolyte soln (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>heb pediatric electrolyte soln (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>hydralyte electrolyte soln</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>kinderlyte electrolyte soln</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>kinderlyte electrolyte soln fruit punch</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>kinderlyte electrolyte soln grape</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>kinderlyte electrolyte soln lemon lime</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>kinderlyte electrolyte soln lemonade</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>kinderlyte electrolyte soln orange</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>kinderlyte electrolyte soln strawberry</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>kinderlyte electrolyte soln strawberry punch</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>klor-con 10</i>	1	MO
<i>klor-con 8</i>	1	MO
<i>klor-con m10</i>	1	MO
<i>klor-con m15</i>	1	MO
<i>klor-con m20</i>	1	MO
<i>klor-con oral packet 20</i>	1	MO
<i>klor-con/ef</i>	1	
<i>lactated ringers intravenous</i>	1	MO
<i>liquid calcium 600-vit d3 sfgl softgel,p/f,gluten-f (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LIQUID CALCIUM WITH VITAMIN D SOFTGEL, P/F (RX)	3	ADD
LIQUID CALCIUM-VIT D SOFTGEL	3	MO; ADD
MAG DELAY DR 64 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>mag64 dr 64 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>mag-g 500 mg tablet</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM 200 MG CHEW TAB	3	ADD
<i>magnesium 250 mg tablet p/f, no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM 400 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>magnesium 500 mg tablet p/f, gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM CHLORIDE 64 MG TAB	3	ADD
MAGNESIUM CHLORIDE CRYSTALS USP, HEXAHYDRATE (RX)	3	ADD
MAGNESIUM CHLORIDE EC 64 MG TB (RX)	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>magnesium chloride injection</i>	1	
MAGNESIUM CITRATE 100 MG TAB	3	ADD
MAGNESIUM GLUCONATE 250 MG TAB	3	MO; ADD
<i>magnesium gluconate tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
<i>magnesium oxide 250 mg caplet p/f, gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet 240mg elemental (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet p/f,soy-free (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>magnesium oxide 420 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 500 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 500 mg tablet extra strength (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 500 mg tablet p/f,lactose-free (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	2	
<i>magnesium sulfate in water</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	1	MO
<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	1	
MAGOX 400 TABLET (RX)	3	MO; ADD
MAGOX 400 TABLET GLUTEN FREE (RX)	3	MO; ADD
MAG-OXIDE 200 MG TAB	3	ADD
<i>mag-oxide magnesium 200 mg tab</i>	3	ADD
MEDI-LYTE TABLET	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>mgo-400 tablet</i>	3	ADD
ORAZINC 220 MG CAPSULE	3	ADD
<i>oysco 500-vit d3 200 tablet</i>	3	MO; ADD
OYSTER SHELL 250 MG-D3 3.12 MCG	3	ADD
OYSTER SHELL 250-VIT D3 125 TB (RX)	3	MO; ADD
<i>oyster shell 500 mg-vit d3 5 mcg (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell 500 mg-vit d3 5 mcg inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell 500 mg-vit d3 5 mcg outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell 500-vit d3 200 tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell calcium 500 mg tb (rx)</i>	3	ADD
<i>oyster shell calcium 500 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell calcium 500 mg tb 500mg elemental (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell calcium 500 mg tb 500mg elemental ca (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>oyster shell calcium-vit d tab p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>pedi electrolyte freezer pop 16'sx62.5ml pops (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pedi electrolyte freezer pop 16x62.1ml pops (rx)</i>	3	ADD; QL (6955 por 30 días)
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN BLUE RASPBERRY	3	MO; ADD; QL (7000 por 30 días)
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN CHERRY PUNCH	3	MO; ADD; QL (7000 por 30 días)
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN STRAWBERRY LEMONADE	3	MO; ADD; QL (7000 por 30 días)
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN TROPICAL FRUIT	3	MO; ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pedialyte electrolyte singles 4's (rx)</i>	3	ADD; QL (1659 por 30 días)
<i>pedialyte electrolyte singles inner, apple, rtu (rx)</i>	3	ADD; QL (1400 por 30 días)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pedialyte electrolyte singles inner, cherry, rtu (rx)</i>	3	ADD; QL (1400 por 30 días)
<i>pedialyte electrolyte singles outer, 4's, apple (rx)</i>	3	ADD; QL (1400 por 30 días)
<i>pedialyte electrolyte singles outer, 4's, cherry (rx)</i>	3	ADD; QL (1400 por 30 días)
<i>pedialyte freezer pops</i>	3	ADD; QL (437 por 30 días)
<i>pedialyte freezer pops 16's (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (437 por 30 días)
<i>pedialyte solution (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pedialyte solution inner, grape (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pedialyte solution outer, grape (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pedialyte solution ready-to-use (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pedialyte solution strawberry, rtu (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pedialyte solution unflavored (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (413 por 30 días)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pediatric electrolyte solution (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pediatric electrolyte solution (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pediatric electrolyte solution cherry punch (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pediatric electrolyte solution mango,p/f (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pediatric electrolyte solution p/f,fruit (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pediatric electrolyte solution p/f,unflavored (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
<i>pediatric electrolyte solution strawberry,w/zinc (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 por 30 días)
PEDIAVANCE LIQUID STICK APPLE, 10X120ML	3	ADD
<i>phos-nak packet inner</i>	3	MO; ADD
<i>phos-nak packet outer</i>	3	MO; ADD
<i>phosphorus-sodium-potassium</i>	3	ADD
<i>potassium acetate</i>	1	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
POTASSIUM BROMIDE CRYSTALS (RX)	3	ADD
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral liquid</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>potassium chloride oral packet</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	1	
<i>potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml</i>	1	
<i>qc antacid 500 mg chew tablet</i>	3	ADD
<i>ringer's intravenous</i>	1	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SLOW-MAG 71.5 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>smooth antacid 750 mg chew tab</i>	3	ADD
<i>sodium acetate</i>	1	
<i>sodium bicarbonate intravenous solution</i>	1	
<i>sodium bicarbonate intravenous syringe 50 meq/50 ml (8.4 %)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	1	MO
SODIUM CHLORIDE 23.4% ORAL SOL	3	ADD
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	1	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	1	MO
SODIUM CHLORIDE GRANULES (RX)	3	ADD
<i>sodium chloride intravenous</i>	1	
SODIUM CHLORIDE POWDER USP (RX)	3	ADD
<i>sodium phosphate</i>	1	MO
<i>sodium-potassium-phos powder</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SV CALC 600 MG-D3 12.5 MCG SFGL (RX)	3	MO; ADD
<i>sv calcium 600 mg tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
SV CALCIUM CITRATE-VIT D3 TAB P/F, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
<i>thermotabs tablet</i>	3	MO; ADD
TUMS 750 MG CHEWY BITES	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE ASSORTED FRUIT	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE	3	ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE E-X, SINGLE ROLL	3	ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE ORANGE CREAM	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TUMS EXTRA STR 750 MG TAB CHEW	3	MO; ADD
TUMS EXTRA STR 750 MG TAB CHEW E-X,3-ROLL	3	MO; ADD
TUMS SMOOTHIES 750 MG CHEW TAB	3	MO; ADD
TUMS SMOOTHIES 750 MG CHEW TAB ASSTD TROPICAL FRUIT	3	MO; ADD
TUMS SMOOTHIES 750 MG CHEW TAB BERRY FUSION, EX-STR	3	MO; ADD
TUMS SMOOTHIES 750 MG CHEW TAB PEPPERMINT, EX-STR	3	MO; ADD
TUMS TABLET CHEWABLE	3	ADD
TUMS TABLET CHEWABLE 3-ROLL, PEPPERMINT	3	ADD
TUMS TABLET CHEWABLE ASSORTED FRUIT	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TUMS TABLET CHEWABLE PEPPERMINT	3	ADD
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab</i>	3	MO; ADD
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab assorted berries</i>	3	MO; ADD
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab assorted fruit</i>	3	MO; ADD
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab maximum strength</i>	3	MO; ADD
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab trop fruit,gluten-f</i>	3	MO; ADD
TUMS X-STR 750 TABLET CHEWABLE ASSTD FRUIT FLAVOR	3	ADD
<i>zinc sulfate 220 mg (50 mg) cap (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>zinc sulfate 220 mg capsule inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>zinc sulfate 220 mg capsule outer (rx)</i>	3	MO; ADD
ZINC SULFATE POWDER FCC, DRIED (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

ZINC SULFATE POWDER USP, MONOHYDRATE (RX)

3

ADD

PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS

ABATINEX CAPSULE

3

ADD

ACIDOPHILUS 1 MG WAFER

3

ADD

ACIDOPHILUS 100 MG CAPSULE

3

MO; ADD

acidophilus lactbacilli 500 mil

3

MO; ADD

ACIDOPHILUS LACTBACLLI 500 MIL

3

MO; ADD

ACIDOPHILUS LACTBACLLI 500 MIL INNER

3

MO; ADD

ACIDOPHILUS LACTBACLLI 500 MIL OUTER

3

MO; ADD

ACIDOPHILUS PROBIO 500M CFU CP

3

MO; ADD

acidophilus probiotic tablet

3

MO; ADD

acidophilus tablet p/f,no-gluten

3

ADD

AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET

3

ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
--------------------	--	--

AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET P/F, GLUTEN/F, BERRY

3

ADD

AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET P/F, GLUTEN/F, ORANGE

3

ADD

APPE-CURB CAPSULE

3

ADD

arginine 500 mg tablet

3

MO; ADD

ARGININE-L POWDER FCC (RX)

3

ADD

BOOST BREEZE LIQUID INNER, ORANGE

3

MO; ADD

BOOST BREEZE LIQUID INNER, WILD BERRY

3

MO; ADD

CHLOROCAPS CAPSULE

3

ADD

CHOLESTEROL POWDER

3

ADD

CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE

2

B/D PA

CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE

2

B/D PA

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	2	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	2	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	2	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	2	B/D PA
<i>co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
CO-ENZYME Q10 100 MG SOFTGEL	3	ADD
COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK (RX)	3	MO; ADD
COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK KIDS (RX)	3	ADD
COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK LEMON-LIME FLAV (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs acidophilus probiotic tab</i>	3	MO; ADD
<i>cvs acidophilus tablet</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS AIRSHIELD EFFERVESCENT TAB	3	ADD
CVS CHILD OMEGA-3 GUMMY FISH	3	ADD
<i>cvs coenzyme q-10 100 mg sftgl (rx)</i>	3	ADD
CVS FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
<i>cvs fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F,LACTOSE-FREE (RX)	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 500 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CYTO-Q 80 MG/10 ML LIQUID (RX)	3	PA; ADD
<i>cyto-q max 100 mg/ml liquid</i>	3	MO; ADD
CYTO-Q T-F 8 MG/ML LIQUID	3	ADD
<i>electrolyte-148</i>	1	
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	1	
<i>electrolyte-a</i>	1	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ensure clear liquid</i>	3	MO; ADD
<i>ensure clear liquid inner, mixed fruit</i>	3	MO; ADD
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC LIQ APPLE, INNER	3	MO; ADD
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC LIQ MIXED BERRY, INNER	3	MO; ADD
EQL DIGESTIVE PROBIOTIC CAP (RX)	3	ADD
EQL FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
EQL FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>eql omega-3 fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
EQL OMEGA-3 FISH OIL 1,200 MG	3	ADD
EXTREME OMEGA-3 MICROGEL SFTGL	3	ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL INNER	3	ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel n, yeast free (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL OUTER	3	ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel p/f,no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel p/f,sodium/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel reflux-free, ec (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel softgel,p/f,n (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel enteric coated (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel omega-3 (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel omega-3, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F, LACTOSE-FREE (RX)	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel p/f, no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel soft gel, odorless, ec (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,400 MG SOFTGEL	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FISH OIL 1,400 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
FISH OIL 1,600 MG/5 ML LIQUID	3	MO; ADD
FISH OIL 500 MG SOFTGEL INNER	3	ADD
FISH OIL 500 MG SOFTGEL OUTER	3	ADD
<i>fish oil conc 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>fish oil conc 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil conc 1,000 mg softgel softgel, economy sz. (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil concentrate softgel ec softgel, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>fish oil concentrate softgel softgel, ex-strength (rx)</i>	3	ADD
FISH OIL DR 1,000 MG SOFTGEL GLUTEN FREE	3	MO; ADD
FISH OIL DR 1,000 MG SOFTGEL P/F, BURP-LESS	3	MO; ADD
<i>fish oil dr 500 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil ec 1,000 mg softgel</i>	3	ADD
<i>fish oil ec 1,000 mg softgel</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FISH OIL EC 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGEL BURP-LESS, OMEGA-3	3	ADD
FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL GUMMIES	3	ADD
FISH OIL OMEGA-3 SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL PEARLS SOFTGEL	3	ADD
FLORAJEN ACIDOPHILUS 20 B CELL	3	MO; ADD
FLORANEX GRANULES PACKET LACTOBACILLUS, INNER	3	MO; ADD
<i>floranex granules packet lactobacillus, outer</i>	3	MO; ADD
<i>floranex tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp fish oil 1,000 mg softgel omega-3 (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GNP FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL MAXIMUM STRENGTH (RX)	3	MO; ADD
<i>gnp fish oil ec 1,000 mg softgel</i>	3	ADD
GNP FISH OIL SOFTGEL	3	ADD
IMMUNE SUPPORT CHEWABLE TABLET	3	ADD
INTESTINEX CAPSULE	3	ADD
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	1	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	2	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	2	
ISOLYTE-S	2	
LACTOBACILLUS 1 MILLION CFU TB	3	MO; ADD
LACTOBACILLUS 1 MILLION CFU TB INNER	3	MO; ADD
LACTOBACILLUS 1 MILLION CFU TB OUTER	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LACTOBACILLUS 100 MIL CFU PKT INNER	3	ADD
LACTOBACILLUS 100 MIL CFU PKT OUTER	3	ADD
LACTOBACILLUS TABLET	3	MO; ADD
L-ARGININE 1,000 MG TABLET	3	MO; ADD
L-ARGININE 1,000 MG TABLET MAXIMUM STRENGTH	3	MO; ADD
L-ARGININE 500 MG CAPSULE (RX)	3	ADD
L-ARGININE POWDER	3	ADD
L-CITRULLINE POWDER	3	ADD
L-CITRULLINE POWDER (RX)	3	ADD
LIQ-10 SYRUP	3	ADD
L-ISOLEUCINE CRYSTAL (RX)	3	ADD
L-ISOLEUCINE POWDER USP (RX)	3	ADD
L-VALINE POWDER	3	ADD
LYSINE HCL POWDER (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MOOD FOOD CAPSULE	3	ADD
MOOD FOOD ES CAPSULE	3	ADD
MORE-DOPHILUS POWDER	3	ADD
<i>omega 3 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
OMEGA 3 FISH OIL SOFTGEL	3	ADD
OMEGA MONOPURE 1300 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGA MONOPURE 650 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGA MONOPURE DHA EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGA-3 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,000 MG SFGL	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,000 MG SFGL	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl (rx)</i>	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl p/f,y/f,sod/f (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel,p/f,n (rx)</i>	3	MO; ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,200 MG SFGL	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,400 MG SFGL	3	MO; ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,400 MG SFGL P/F, GLUTEN-FREE	3	MO; ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,400 MG SFGL SOFTGEL	3	MO; ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,760 MG STGL	3	MO; ADD
<i>omega-3 fish oil ec 1,000 mg softgel,gluten-f</i>	3	ADD
OMEGAPURE 600 EC SOFTGEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OMEGAPURE 780 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGAPURE 900 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGAPURE 900-TG SOFTGEL	3	ADD
OMEGAPURE-820 SOFTGEL	3	ADD
OMERA CAPSULE	3	ADD
OVEGA-3 SOFTGEL	3	ADD
PLENAMINE	2	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	1	B/D PA
PROBIOTIC ACIDOPHILUS 250 MILL	3	MO; ADD
PROBIOTIC GOLD ACIDOPHILUS CAP	3	ADD
<i>probiotic softgel p/f,gluten-f,softgel</i>	3	ADD
PURE L-ARGININE HCL 500 MG CAP	3	ADD
PURE L-CITRULLINE 600 MG CAP (RX)	3	ADD
<i>smart heart omega-3 1,000 mg</i>	3	ADD
SUPER DHA GEMS SOFTGEL	3	ADD
<i>sv acidophilus caplet</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sv acidophilus tablet caplet, p/f</i>	3	ADD
<i>sv fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
SV FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGL SOFTGEL, GLUTEN-FREE	3	ADD
SV L-ARGININE 500 MG CAPSULE P/F (RX)	3	ADD
SV PROBIOTIC ACIDOPHILUS CPLT	3	ADD
SV SALMON OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
THEROMEGA SOFTGEL	3	ADD
<i>travasol 10 %</i>	1	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	2	B/D PA
<i>ultra omega-3 softgel</i>	3	ADD
VEGAN OMEGA-3 275 MG SOFTGEL	3	ADD
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
50 PLUS ADULT EYE HEALTH SFTGL	3	ADD
<i>a thru z advanced formula tab</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>a thru z advanced formula tab gluten-free</i>	3	ADD
<i>a thru z advanced formula tab new (rx)</i>	3	ADD
<i>a thru z advanced formula tab w/ lutein & lycopene (rx)</i>	3	ADD
<i>a thru z advanced formula tab w/lutein & lycopene (rx)</i>	3	ADD
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	3	ADD
<i>a thru z select 50 plus tablet advanced formula</i>	3	ADD
<i>a thru z select men 50+ tablet</i>	3	ADD
<i>a thru z select multivit tab</i>	3	ADD
<i>a thru z select multivit tab iron-free, 50+ form</i>	3	ADD
<i>a thru z select tablet adults 50+, gluten-f</i>	3	ADD
<i>a thru z select tablet adults 50+,iron-free</i>	3	ADD
<i>a thru z select tablet new formulation (rx)</i>	3	ADD
<i>a thru z select women's tablet</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
A-25 7,500 MCG CAPSULE	3	ADD
<i>abc cmplt senior 50 plus cplt</i>	3	ADD
<i>abc complete senior men's cplt</i>	3	ADD
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN CPLT	3	ADD
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	3	PA; MO; ADD
<i>actical softgel</i>	3	MO; ADD
ACTIVE FE TABLET LACTOSE, GLUTEN &	3	ADD
ACTIVESSENTIALS CAPSULES PKT	3	ADD
ACTIVESSENTIALS FOR WOMEN PKT	3	ADD
ACTIVESSENTIALS-ONCOPLEX-D3 PK	3	ADD
ACTIVNUTRIENT S (NO IRON) CAP	3	ADD
ACTIVNUTRIENT S CAPSULE	3	ADD
ACTIVNUTRIENT S CHEWABLE TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ACTIVNUTRIENT S MULTIVITAMIN PWDR	3	ADD
ACTIVNUTRIENT S (NO COPPER-IRON)	3	ADD
ADULT MULTI GUMMIES	3	MO; ADD
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	3	MO; ADD
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ASSORTED FLAVORS	3	MO; ADD
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F, LACTOSE-F	3	MO; ADD
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F. N	3	MO; ADD
ADULT ONE DAILY GUMMIES	3	ADD
<i>adults 50 plus daily formula</i>	3	ADD
<i>adults 50 plus multivitamin</i>	3	ADD
<i>adults 50 plus multivitamin tb</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ADULTS' DAILY FORMULA TABLET	3	ADD
ADULTS MULTIVITAMIN CAPLET	3	ADD
ADULTS MULTIVITAMIN TABLET	3	ADD
ADVANCED MULTI EA CHEW TABLET	3	MO; ADD
AIRBORNE CHEWABLE TABLET	3	ADD
AIRBORNE ELDERBERRY TABLET EFF	3	ADD
AIRBORNE GUMMIES	3	ADD
AIRBORNE GUMMY	3	ADD
AIRBORNE KIDS GUMMIES	3	ADD
AIRBORNE KIDS GUMMY	3	ADD
AIRBORNE TABLET CHEWABLE P/F, GLUTEN/F, BERRY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AIRBORNE TABLET CHEWABLE P/F, GLUTEN/F, CITRUS	3	ADD
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN TB	3	ADD
ALIVE ENERGY 50 PLUS TABLET	3	ADD
ALIVE HAIR, SKIN, NAILS GUMMY	3	ADD
ALIVE KIDS CHEWABLE MV TABLET	3	ADD
ALIVE MAX POTENCY MULTIVIT LIQ	3	ADD
ALIVE MEN 50 PLUS MULTIVIT TB	3	ADD
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY	3	ADD
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA TB	3	ADD
ALIVE WOMEN'S ENERGY MV TABLET	3	MO; ADD
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY TB	3	ADD
AMLADEX TABLET	3	ADD
ANTIOXIDANT FORMULA TABLET	3	MO; ADD
APETIBEX SPRINKLE CAPSULE	3	ADD
APETIGEN-PLUS TABLET	3	ADD
AQUA-E CONCENTRATE 75 UNIT/ML	3	ADD
ASCOR 25,000 MG/50 ML BULK VL P/F, OUTER, MUV	3	PA; ADD
<i>ascorbic acid 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
ATP IGNITE STICK PACK	3	ADD
B COMPLEX WITH VITAMIN C CAP P/F (RX)	3	MO; ADD
B COMPLEX WITH VITAMIN C TAB	3	ADD
BABY D3 400 UNIT/DROP CONC	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BABY DDROPS 400 UNIT/DROP CONC	3	MO; ADD
BABY VIT D3 10 MCG/DROP CONC	3	ADD
BABY VIT D3 400 UNIT/DROP CONC	3	ADD
BACMIN CAPLET	3	ADD
BARIATRIC MV-IRON 45 MG CAP	3	ADD
<i>b-complex plus vitamin c cplt (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>b-complex with c tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>b-complex with vit c caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>b-complex with vit c caplet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>b-complex with vit c tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>b-complex w-vitamin c caplet caplet,p/f (rx)</i>	3	ADD
B-COMPLEX-VITAMIN C TR TABLET	3	MO; ADD
BENTIVITE BX TABLET	3	ADD
BEROCCA EFFERVESCENT TABLET MIXED BERRY (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BEROCCA EFFERVESCENT TABLET ORANGE (RX)	3	ADD
<i>beta carotene 7,500 mcg sfgl (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>beta-carotene 25,000 unit sfgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
BIO-35 SOFTGEL	3	ADD
BIOCAL SOFTGEL	3	ADD
BIO-D-MULSION FORTE 2,000 UNIT (RX)	3	ADD
BIO-D-MULSN 400 UNIT/DROP CONC (RX)	3	ADD
BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg capsule mx-str (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg capsule p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg softgel p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg softgel softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
BIOTIN POWDER USP (VITAMIN H) (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BIOTIN-D POWDER (RX)	3	ADD
BIOTIN-D POWDER USP (RX)	3	ADD
BIOTIN-D POWDER USP (VITAMIN H) (RX)	3	ADD
BIOTIN-D POWDER USP, (VITAMIN H) (RX)	3	ADD
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS CAP	3	ADD
BONEUP 3 por DAY CAPSULE	3	ADD
BONEUP CAPSULE	3	ADD
<i>bp vit 3 capsule</i>	3	MO; ADD
<i>c-1,000 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>c-1,000 mg with rose hips cplt caplet</i>	3	ADD
<i>c-1,000 mg with rose hips tab p/f</i>	3	ADD
<i>c-500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>c-500 mg tablet rose hips (rx)</i>	3	ADD
<i>calcidol drops</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600+d plus minerals tb p/f, n (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM 600-D3 PLUS CAPLET	3	ADD
CALCIUM 600-D3-MINERALS CHW TB (RX)	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3-min chew tb</i>	3	ADD
CALCIUM PHOS-VIT D3 250 MG-500 UNIT GUMMY NO-GLUTEN	3	MO; ADD
CALTRATE 600+D PLUS TABLET	3	ADD
CALTRATE 600-D3-MIN CHEW TAB	3	MO; ADD
CALTRATE 600-D3-MIN CHEW TAB (RX)	3	ADD
CALTRATE-D3 PLUS MINERAL MINIS	3	MO; ADD
<i>centratex capsule</i>	3	MO; ADD
<i>centravites 50 plus tablet</i>	3	MO; ADD
<i>centravites 50 plus tablet inner</i>	3	ADD
<i>centravites 50 plus tablet outer</i>	3	ADD
CENTRAVITES ADULTS TABLET INNER	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CENTRAVITES ADULTS TABLET OUTER	3	ADD
<i>centravites tablet</i>	3	ADD
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	3	ADD
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	3	ADD
CENTRUM ADULTS MULTIGUMMY	3	MO; ADD
<i>centrum adults tablet</i>	3	MO; ADD
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	3	ADD
CENTRUM COMPLETE MULTIVIT TAB (RX)	3	ADD
CENTRUM KIDS CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
CENTRUM MEN'S TABLET	3	MO; ADD
CENTRUM MULTIVIT-MINERAL LIQ (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CENTRUM SILVER MEN TABLET	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET ADULTS 50 + (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET ADULTS 50+ (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET FOR ADULT 50+ (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S TAB A TO ZINC	3	ADD
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S TAB FOR MEN 50+	3	ADD
CENTRUM SILVER WOMEN TABLET	3	MO; ADD
CENTRUM SPECIALIST HEART TAB (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM ULTRA MEN'S TABLET (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CENTRUM WOMEN 50 PLUS MINIS TB	3	MO; ADD
<i>centrum women tablet</i>	3	MO; ADD
<i>cerovite jr tablet chew</i>	3	MO; ADD
<i>cerovite senior tablet</i>	3	MO; ADD
<i>certavite senior tablet</i>	3	MO; ADD
<i>certavite-antioxidant tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET (RX)	3	MO; ADD
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	3	ADD
<i>children multivitamin chew tab</i>	3	MO; ADD
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	3	ADD
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	3	MO; ADD
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-FREE	3	MO; ADD
<i>children's chew multivitamin</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>children's chewables</i>	3	ADD
<i>children's chewables</i>	3	ADD
CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	3	ADD
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	3	ADD
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB INNER (RX)	3	ADD
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB OUTER (RX)	3	ADD
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM	3	ADD
CHROMAGEN SOFTGEL	3	MO; ADD
CITRACAL-D3 250 MG GUMMY	3	ADD
<i>companion tablet</i>	3	ADD
COMPLETE MULTIVIT-MINERAL LIQ	3	ADD
CONCEPTIONXR MOTILITY COMBO PK	3	ADD
<i>corvita 150 tablet</i>	3	MO; ADD
<i>corvita tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CORVITE 150 TABLET	3	MO; ADD
CORVITE FE TABLET	3	MO; ADD
CULTURELLE KID PROB-MV 5B CHEW	3	ADD
CULTURELLE KID PRO-MV 2.5B CHW	3	ADD
CULTURELLE KID PRO-MV-LUT GMMY	3	ADD
CULTURELLE PROBIOTIC-MV GUMMY	3	ADD
CVS ADULT 50 PLUS EYE HEALTH SOFTGEL	3	ADD
CVS AIRSHIELD CHEWABLE TABLET	3	ADD
<i>cvs b-complex-vit c caplet (rx)</i>	3	ADD
CVS BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL SFTGL,,P/F,GLU-F	3	MO; ADD
<i>cvs calcium 600-d3 plus tablet</i>	3	ADD
CVS CALCIUM 600-D3-MIN CHEW TB (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS CHILD CHEW VITAMN COMPLETE	3	ADD
CVS CHILD GUMMY DINOS GUMMIES	3	ADD
CVS DAILY GUMMIES	3	ADD
CVS DAILY GUMMIES P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
CVS EYE HEALTH AND LUTEIN TAB	3	ADD
<i>cvs folic acid 800 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs iron 27 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs iron 65 mg tablet p/f,lactose/free (rx)</i>	3	ADD
CVS KIDS' MULTIVITAMIN GUMMY	3	ADD
CVS MENS 50 PLUS ADVANCED TAB	3	ADD
CVS MEN'S DAILY GUMMIES	3	ADD
CVS MEN'S DAILY GUMMIES P/F	3	ADD
<i>cvs one daily essential tablet</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS ONE DAILY MEN'S HEALTH TAB	3	ADD
CVS ONE DAILY MEN'S HEALTH TAB	3	ADD
CVS ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS	3	ADD
CVS ONE DAILY WOMEN'S FORMULA	3	ADD
<i>cvs slow release iron 45 mg tb (rx)</i>	3	ADD
CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB (RX)	3	ADD
<i>cvs spectravite adult 50 plus (rx)</i>	3	ADD
CVS SPECTRAVITE ADULT TAB CHEW	3	ADD
<i>cvs spectravite adult tablet</i>	3	ADD
<i>cvs spectravite advanced tab</i>	3	ADD
<i>cvs spectravite men 50plus tab</i>	3	ADD
<i>cvs spectravite men's tablet</i>	3	ADD
<i>cvs spectravite women 50 plus</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs spectravite women tablet</i>	3	ADD
<i>cvs super b-complex-vit c cplt (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VISION HEALTH SOFTGEL	3	ADD
<i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vit d3 1,000 unit gummies p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VIT E OIL 45 MG/0.25 ML	3	ADD
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin c 1,000 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VITAMIN C 1,000 MG FIZZY PKT	3	ADD
<i>cvs vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin c 500 mg caplet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 10 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs vitamin d3 125 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg gummies (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 250 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin d3 50 mcg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	3	MO; ADD
CVS WOMEN'S DAILY GUMMIES	3	ADD
CVS WOMEN'S DAILY GUMMIES P/F,GUMMIES	3	ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner, muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl mdv,inner</i>	3	PA; MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl muv, inner</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl muv, outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer, muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer,mdv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml inner, muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml inner,mdv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv, inner</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv, outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv,inner</i>	3	PA; MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv,outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml outer, muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml outer,mdv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml inner, muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml inner,mdv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mdv, inner</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mdv, outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml muv, inner</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml muv, outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer, muv</i>	3	PA; MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer,mdv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer,muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 500 mcg spray inner</i>	3	PA; MO; ADD
<i>cyanocobalamin 500 mcg spray outer</i>	3	PA; MO; ADD
CYANOCOBALA MIN POWDER USP (RX)	3	ADD
CYANOCOBALA MIN POWDER USP, VITAMIN B-12 (RX)	3	ADD
CYANOCOBALA MIN POWDER USP,VITAMIN B-12 (RX)	3	ADD
D3 LIQUID 25 MCG DROP	3	ADD
<i>d3-2000 unit softgel</i>	3	ADD
D3-50 50,000 UNIT CAPSULE D/F, GLUTEN FREE (RX)	3	MO; ADD
D3-50 50,000 UNIT CAPSULE D/F,P/F (RX)	3	MO; ADD
<i>d3-5000 unit softgel</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DAILY MULTIVITAMIN CAPSULE	3	ADD
<i>daily multivitamin with d3 tab</i>	3	ADD
<i>daily value multivitamin tab</i>	3	ADD
<i>daily vite tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>daily vite with iron tablet</i>	3	ADD
<i>daily-vite tablet</i>	3	MO; ADD
DAILY-VITE TABLET	3	MO; ADD
D-BIOTIN POWDER USP (RX)	3	ADD
DDROPS 1,000 UNIT/DROP	3	ADD
DDROPS 2,000 UNIT/DROP	3	MO; ADD
DECARA 25,000 UNIT VEGICAP	3	MO; ADD
<i>decara 50,000 unit softgel</i>	3	MO; ADD
DECARA K 1,250-200 MCG SOFTGEL	3	MO; ADD
DECUBI VITE CAPSULE	3	ADD
DEKAS BARIATRIC CHEW TABLET	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DEKAS ESSENTIAL CAPSULE	3	MO; ADD
DEKAS ESSENTIAL LIQUID	3	ADD
DEKAS PLUS CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
DEKAS PLUS LIQUID	3	MO; ADD
DEKAS PLUS SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>delta d3 400 unit tablet y/f,gluten/f</i>	3	ADD
DIABETES HEALTH FORMULA CAPLET	3	ADD
DIABETES HEALTH PACK	3	MO; ADD
DIABETIC MULTIVITAMIN GUMMY	3	ADD
DIALYVITE 3,000 TABLET	3	MO; ADD
DIALYVITE 5000 TABLET	3	MO; ADD
DIALYVITE 800 CHEWABLE WAFER	3	ADD
<i>dialyvite 800 tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DIALYVITE 800-ULTRA D TABLET	3	MO; ADD
DIALYVITE SUPREME D TABLET	3	ADD
<i>dialyvite tablet</i>	3	ADD
DIALYVITE VIT D3 50,000 UNIT	3	MO; ADD
<i>dialyvite vitamin d 5,000 unit</i>	3	ADD
<i>dialyvite with zinc tablet</i>	3	MO; ADD
<i>dodex 1,000 mcg/ml vial mov, inner</i>	3	PA; ADD
<i>dodex 1,000 mcg/ml vial mov, outer</i>	3	PA; ADD
<i>dodex 10,000 mcg/10 ml vial mov</i>	3	PA; ADD
<i>dodex 30,000 mcg/30 ml vial mov</i>	3	PA; ADD
DRY EYE FORMULA CAPSULE	3	ADD
<i>d-vi-sol 10 mcg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>e-200 unit softgel</i>	3	ADD
<i>e-400 c-500 & beta caro tab</i>	3	ADD
ELDERTONIC LIQUID	3	MO; ADD
EMERGEN-C 1,000 MG PACKET	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EMERGEN-C 1,000 MG PACKET RASPBERRY FLAVOR	3	MO; ADD
EMERGEN-C 1,000 MG PACKET TANGERINE FLAVOR	3	MO; ADD
EMERGEN-C 1,000 MG VARIETY PK	3	MO; ADD
EMERGEN-C 500 MG CHEWABLE TAB	3	MO; ADD
EMERGEN-C BLUE 1,000 MG PACKET	3	MO; ADD
EMERGEN-C IMMUNE PLUS PACKET BLUEBERRY-ACAI FLVOR	3	ADD
EMERGEN-C IMMUNE PLUS PACKET CITRUS FLAVOR	3	ADD
EMERGEN-C KIDZ 250 MG PACKET FRUIT PUNCH	3	ADD
EMERGEN-C KIDZ 250 MG PACKET GRAPE	3	ADD
EMERGEN-C KIDZ 250 MG PACKET ORANGE	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EMERGEN-C MSM LITE PACKET	3	ADD
ENDUR-VM IRON-FREE SR TABLET	3	ADD
ENDUR-VM WITH IRON SR TABLET	3	ADD
<i>eq calcium 600-d3-minerals tab gluten-free (rx)</i>	3	ADD
EQ CHILD COMPLETE CHEW TABLET	3	ADD
EQ CHILD MULTIVITAMIN GUMMIES P/F	3	MO; ADD
<i>eq complete multivitamin tab gluten-free</i>	3	ADD
<i>eq complete mv adlt 50 plus tb</i>	3	ADD
EQ ONE DAILY MEN'S 50 PLUS TAB	3	ADD
EQ ONE DAILY MEN'S TABLET GLUTEN FREE	3	ADD
EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB	3	ADD
EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET GLUTEN FREE	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>eq slow release iron 45 mg tab gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
EQ VISION FORMULA TABLET P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
<i>eql biotin 5,000 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eql eye health plus lutein tab</i>	3	ADD
<i>eql iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>eql slow release iron 50 mg tb</i>	3	ADD
EQL STRESS B-COMPLEX TABLET	3	ADD
<i>eql vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>eql vitamin c 1,000 mg tablet p/f, lactose free (rx)</i>	3	ADD
<i>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl softgel</i>	3	MO; ADD
<i>eql vitamin d3 400 unit sftgl (rx)</i>	3	ADD
<i>eql vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ergocalciferol 200 mcg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ergocalciferol 8,000 unit/ml (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>essentia tablet</i>	3	ADD
ESSENTIAL MAN 50+ TABLET	3	MO; ADD
ESSENTIAL MAN TABLET	3	ADD
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	3	ADD
EYE MULTIVITAMIN TABLET	3	MO; ADD
<i>ezfe 200 capsule</i>	3	MO; ADD
FA-8 CAPSULES	3	ADD
FEOSOL 45 MG CAPLET CPLT,NATURAL RELEASE (RX)	3	ADD
<i>feosol 65 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL SDV, P/F	3	PA; MO; ADD
<i>ferate 27 mg tablet</i>	3	MO; ADD
FERGON 27 MG TABLET	3	MO; ADD
FER-IN-SOL 15 MG/ML DROPS	3	MO; ADD
FERIVA 21-7 TABLET	3	MO; ADD
<i>ferosul 325 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ferosul 325 mg tablet f/c, blister pack (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrex 150 capsule</i>	3	MO; ADD
<i>ferrex 150 capsule outer, u-d</i>	3	MO; ADD
<i>ferrex 150 capsule u-d, 10x10</i>	3	MO; ADD
<i>ferric x-150 capsule</i>	3	ADD
<i>ferro-time 325 mg tablet f/c, green</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate 240 mg tab (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate 240 mg tab 240mg=27mg elemental (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate 324 mg tab (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate 324 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf 15 mg iron/ml drp (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml elix (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml elix (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml liq (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulf 44 mg iron/5 ml lq (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ferrous sulf ec 324 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf ec 325 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf ec 325 mg tablet u-d, inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf ec 325 mg tablet u-d, outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup 100's, u-d</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet f/c, green (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet f/c, red (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet u-d, 10x10, film coat (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FERROUS SULFATE DRIED POWDER USP (RX)	3	ADD
<i>fish oil 1,200 mg</i>	3	ADD
FLINTSTONES + CALCIUM TAB	3	ADD
FLINTSTONES COMPLETE CHEW TAB	3	MO; ADD
FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES	3	MO; ADD
FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES	3	ADD
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES	3	ADD
FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES TAB CHEW	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FLINTSTONES TABLET CHEWABLE	3	ADD
FLINTSTONES WITH EXTRA IRON	3	MO; ADD
FLINTSTONES WITH IRON TAB CHEW	3	ADD
FLORIVA 0.25 MG CHEW TABLET	3	MO; ADD
FLORIVA 0.5 MG CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
FLORIVA 1 MG CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
FLORIVA PLUS 0.25 MG/ML DROP	3	MO; ADD
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	1	MO
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	MO
<i>folic acid 0.4 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 0.8 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>folic acid 1 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1,000 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1,000 mcg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1,000 mcg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1,000 mcg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
FOLIC ACID 20 MG CAPSULE	3	ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet p/f, lactose free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 5 mg/ml vial mdv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>folic acid 50 mg/10 ml vial muv</i>	3	PA; MO; ADD
FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>folic acid 800 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet maximum strength (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet pure,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
FOLIC ACID POWDER (RX)	3	ADD
<i>folivane-f capsule</i>	3	MO; ADD
FREEDAVITE TABLET	3	ADD
<i>full spectrum b with vit c tab</i>	3	MO; ADD
FUSION PLUS CAPSULE	3	MO; ADD
GENADEK STEP 1 MULTIVIT SFGL	3	ADD
GENADEK STEP 2 MULTIVIT SFGL	3	ADD
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB	3	ADD
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp calcium 600-d3-min chew tb p/f,gluten/f,yeast/f (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp calcium 600-d3-minerals tb p/f, gluten-f (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp hair, skin and nails tab vitamins & minerals</i>	3	ADD
<i>gnp healthy eyes tablet advanced antioxidant (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp mega multi for men tablet high potency (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp mega multi for women tab</i>	3	ADD
<i>gnp vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vit d3 10 mcg(400 unit) chw (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin a 3,000 mcg softgl (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin b-6 100 mg tablet gluten free (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet with rose hips (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin d3 1,000 unit tab extra strength (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin d3 10 mcg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab maximum strength (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg gummy (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg(1000 unt) (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab super strength (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gummi bear multivit tab chew multivit & minerals (rx)</i>	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	3	MO; ADD
HARD NAILS 2.5 MG CAPSULE	3	ADD
HEALTHY EYES LUTEIN-ZEAXTHN CP	3	ADD
HEALTHY EYES SUPERVISION2 SFGL	3	MO; ADD
HEALTHY EYES TABLET (RX)	3	ADD
<i>healthy eyes tablet advanced antioxidant (rx)</i>	3	ADD
HEMATEX 100 MG/5 ML LIQUID	3	MO; ADD
<i>hematogen fa softgel</i>	3	ADD
HEMOCYTE PLUS CAPSULE (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC	3	ADD
HI-D PEDIATRIC DROP	3	ADD
<i>high potency multivitamin tab</i>	3	ADD
<i>honey bears chewable tablet</i>	3	ADD
<i>hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml</i>	3	PA; MO; ADD
HYDROXOCOBAL AMIN POWDER USP (RX)	3	ADD
ICAR 15 MG/1.25 ML SUSPENSION	3	MO; ADD
<i>iferex 150 capsule</i>	3	MO; ADD
<i>iferex 150 forte capsule</i>	3	MO; ADD
<i>infant iron 15 mg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>infant vitamin a-c-d drop</i>	3	MO; ADD
<i>infant vitamin d 10 mcg/ml drp (rx)</i>	3	MO; ADD
INFANT-TODDLER MULTIVIT DROP	3	ADD
INFANT-TODDLER MULTIVIT DROP	3	ADD
<i>infant-toddler multivit-iron</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>infant-toddler vit a-c-d drop</i>	3	MO; ADD
INFED 100 MG/2 ML VIAL INNER,SUV	3	PA; MO; ADD
INFED 100 MG/2 ML VIAL OUTER,SUV	3	PA; MO; ADD
INFUVITE PEDIATRIC BULK VIAL P/F, MDV, OUTER	3	PA; ADD
INFUVITE PEDIATRIC VIAL P/F, SDV, OUTER	3	PA; ADD
INJECTAFER 750 MG/15 ML VIAL SUV	3	PA; MO; ADD
INTEGRA F CAPSULE	3	MO; ADD
INTEGRA PLUS CAPSULE	3	MO; ADD
<i>iron 27 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 45 mg tablet</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>iron 65 mg tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>iron chews 15 mg tablet chew</i>	3	MO; ADD
<i>iron folate plus capsule</i>	3	MO; ADD
IRONUP 15 MG/0.5 ML DROPS	3	MO; ADD
IROSPAN 24/6 TABLET	3	MO; ADD
IS-D-10,000 250 MCG SOFTGEL	3	ADD
<i>i-vite tablet</i>	3	MO; ADD
JUST 4 KIDZ MV-PROBIOTIC GUMMY	3	ADD
KIDS MULTI ZERO GUMMIES	3	ADD
K-PAX IMMUNE SUPPORT TABLET 30 PACKETS OF 4 TABS	3	ADD
K-PAX IMMUNE SUPPORT TABLET 60 PACKETS OF 4 TABS	3	ADD
<i>liquid multivitamin 15 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>liquid multivitamin 15 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>lysiplex plus liquid</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MACULAR HEALTH FORMULA CAPSULE	3	ADD
<i>macuvite eye care tablet</i>	3	MO; ADD
MAXIMIN PACK	3	ADD
MAXIMUM D3 325 MCG(13,000 UNIT	3	MO; ADD
MEGA BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	3	ADD
<i>mega multi for men tablet high potency (rx)</i>	3	ADD
<i>mega multi for women tab</i>	3	ADD
MEGAVITE CAPLET	3	ADD
<i>men 50 plus multivitamin tab</i>	3	ADD
MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA TB	3	ADD
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN TAB	3	ADD
MEN'S DAILY FORMULA CAPSULE	3	ADD
MEN'S DAILY FORMULA TABLET (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MEN'S DAILY PACK	3	ADD
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES	3	ADD
MERIBIN 5 MG CAPSULE	3	MO; ADD
MONOCAPS TABLET (RX)	3	ADD
MONOFERRIC 1,000 MG/10 ML VIAL	3	PA; MO; ADD
<i>multi complete-iron tablet</i>	3	MO; ADD
MULTI FOR HER 50 PLUS SOFTGEL (RX)	3	ADD
MULTI FOR HER SOFTGEL (RX)	3	ADD
<i>multi for her tablet</i>	3	ADD
<i>multiple vitamin tablet</i>	3	ADD
<i>multiple vitamin with iron tab (rx)</i>	3	ADD
<i>multiple vitamin w-minerals tb</i>	3	MO; ADD
<i>multiple vitamins tablet</i>	3	ADD
<i>multiple vitamins tablet one daily</i>	3	ADD
<i>multiple vitamins tablet p/f,n,lactose fre</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>multivit with iron tab chew</i>	3	ADD
MULTIVITAMIN GUMMIES	3	ADD
MULTI-VITAMIN GUMMIES	3	ADD
MULTIVITAMIN LIQUID	3	ADD
<i>multivitamin tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>multivitamin with iron tablet (rx)</i>	3	ADD
MULTIVITAMIN WITH MINERALS TAB	3	MO; ADD
<i>multivitamin women 50 plus tab</i>	3	ADD
MULTIVITAMIN-MINERAL GUMMY	3	ADD
<i>multivitamin-minerals tablet</i>	3	MO; ADD
<i>multivitamin-minerals tablet p/f</i>	3	MO; ADD
MULTIVITAMIN-MULTIMIN 15 ML CUP OUTER	3	ADD
<i>multivitamins tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS TAB	3	MO; ADD
MULTI-VITE LIQUID	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MVW ADEK GUMMIES PLUS ZINC	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORM MULTIVI SFGL	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORM MULTIVIT CHW	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D3000 CHEW	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D3000 SFGL	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D5000 CHEW	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D5000 SFGL	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL PEDIA DRPS	3	MO; ADD
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT	3	ADD
MVW MODULATR FORM MULTIVT SFGL	3	ADD
NANO VM 1-3 POWDER	3	MO; ADD
NANO VM 4-8 POWDER	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NANOVM 9-18 POWDER	3	ADD
NANOVM T-F POWDER	3	ADD
NASCOBAL 500 MCG NASAL SPRAY	3	PA; MO; ADD
<i>nephplex rx tablet</i>	3	MO; ADD
NEPHRO VITAMINS TABLET	3	ADD
NEPHRON FA TABLET	3	ADD
<i>nephronex liquid</i>	3	MO; ADD
NICOMIDE TABLET	3	ADD
<i>nicotinamide tablet</i>	3	MO; ADD
NOVAFERRUM ALL GOOD 50 MG CAP	3	MO; ADD
NOVAFERRUM WOW 125 MG/5 ML LIQ	3	MO; ADD
NOVAFERRUM YUMMY PED 15 MG/ML	3	MO; ADD
NOVAMV MMM PED MULTIVIT DROP	3	ADD
NU-IRON 150 CAPSULE	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OCULAR VITAMINS TABLET	3	ADD
<i>ocutabs tablet (rx)</i>	3	ADD
OCUVITE ADULT 50 PLUS SOFTGEL	3	MO; ADD
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES	3	ADD
OCUVITE EYE PLUS MULTI TABLET	3	ADD
OCUVITE LUTEIN-ZEAXANTHIN CAP	3	ADD
OCUVITE WITH LUTEIN TABLET	3	MO; ADD
ONCOVITE TABLET	3	MO; ADD
<i>one daily complete tablet</i>	3	ADD
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	3	ADD
<i>one daily essential tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>one daily for men 50+ adv tab</i>	3	ADD
<i>one daily for men tablet</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>one daily for women 50+ adv tb w/ginkgo, 50+advanced</i>	3	MO; ADD
<i>one daily for women tablet</i>	3	ADD
ONE DAILY HEALTHY WEIGHT TAB	3	ADD
<i>one daily maximum tablet (rx)</i>	3	ADD
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3 TAB	3	ADD
<i>one daily men's 50+ tablet</i>	3	ADD
ONE DAILY MEN'S HEALTH TABLET	3	MO; ADD
ONE DAILY MEN'S MULTIVITAMIN	3	ADD
<i>one daily multivitamin tablet</i>	3	ADD
ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET	3	ADD
<i>one daily multivitamin-iron tb</i>	3	ADD
<i>one daily multivitamin-mineral tab</i>	3	MO; ADD
<i>one daily tablet</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ONE DAILY TABLET	3	ADD
<i>one daily with iron-calcium tb</i>	3	ADD
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB Y/F,P/F	3	MO; ADD
<i>one daily womens 50 plus tab (rx)</i>	3	ADD
ONE DAILY WOMEN'S 50+ TABLET WOMEN'S HEALTH 50+	3	MO; ADD
ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN	3	ADD
ONE-A-DAY ENERGY TABLET	3	ADD
<i>one-a-day essential tablet (rx)</i>	3	ADD
ONE-A-DAY KID'S GUMMIES	3	ADD
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES GUMMY	3	MO; ADD
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA TB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS TABLET	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS TABLET	3	ADD
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE TAB	3	ADD
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE TAB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY MEN'S TABLET	3	ADD
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS TB	3	MO; ADD
<i>one-a-day teen advantage tab</i>	3	ADD
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES (RX)	3	ADD
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES	3	MO; ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES GUMMIES	3	ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	3	ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR GMMY	3	ADD
ONE-A-DAY WEIGHTSMART TABLET	3	ADD
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES	3	ADD
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS TAB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE TAB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN	3	ADD
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES TAB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	3	ADD
ONE-DAILY MULTI CAPS	3	ADD
<i>one-daily multi-vitamin tab (rx)</i>	3	ADD
ONE-DAILY MULTI-VIT-IRON TAB	3	MO; ADD
ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN TAB	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>onevite ferrous sulf 220 mg/5 ml (rx)</i>	3	ADD
<i>optimal d3 50,000 unit capsule</i>	3	ADD
OPTIMAL D3 M 14,000 UNIT CAP	3	ADD
OPTIMAL D3M 350 MCG(14,000 UNIT	3	ADD
<i>optivite p.m.t.</i>	3	ADD
OPURITY MULTIVITAMIN TAB CHEW	3	ADD
OSTEOPRIME PLUS CAL-MAG TABLET	3	ADD
PARVLEX TABLET	3	ADD
<i>pedia d-vite 400 unit/ml liq</i>	3	ADD
<i>pedia iron 15 mg/ml drop</i>	3	ADD
PEDIA POLY-VITE DROPS	3	ADD
PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP	3	ADD
PEDIA TRI-VITE DROP	3	ADD
<i>pediatric d-vite 10 mcg/ml liq</i>	3	MO; ADD
<i>pediatric fe-vite 15 mg/ml drp</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PEDIATRIC POLY-VITE DROPS	3	ADD
PEDIATRIC POLY-VITE-IRON DROPS	3	ADD
PEDIATRIC TRI-VITE DROPS	3	ADD
<i>pharm chc ped iron 15 mg/ml drp (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>pharm choice d3 400 unit/ml (rx)</i>	3	MO; ADD
PHARM CHOICE POLY-VIT-IRON DRP	3	ADD
PHARMACIST CHOICE PED POLY-VIT	3	ADD
PHARMACIST CHOICE PED TRI-VIT	3	ADD
<i>phlexy-vits powder packet</i>	3	MO; ADD
PHYTOMULTI TABLET	3	ADD
<i>poly-iron 150 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>polysaccharide iron 150 mg cap (rx)</i>	3	MO; ADD
POLY-VI-FLOR 0.25 MG/ML DRP	3	ADD
POLY-VI-SOL 250 MCG-50 MG/ML DRP	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
POLY-VI-SOL WITH IRON DROPS	3	MO; ADD
POLY-VITA DROPS	3	ADD
POLY-VITA WITH IRON DROPS	3	MO; ADD
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	1	MO
PRESERVISION AREDS 2 CHEW TAB	3	MO; ADD
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV	3	MO; ADD
PRESERVISION AREDS 2 SOFTGEL	3	MO; ADD
PRESERVISION AREDS SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
PRESERVISION AREDS TABLET	3	ADD
PRESERVISION LUTEIN SOFTGEL	3	MO; ADD
PREVENT SOFTGELS	3	ADD
PRO FE 180 MG CAPSULE	3	MO; ADD
PRO-CAL TABLET	3	ADD
PROCERV HP TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PRORENAL MULTIVITAMIN TABLET	3	MO; ADD
PRORENAL QD SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>prosight tablet</i>	3	MO; ADD
PROTECT CARDIO AF SOFTGEL	3	ADD
PROTECT IRON LIQUID	3	ADD
PROTECT PLUS SO SOFTGEL	3	ADD
PROXEED PLUS POWDER PACKET	3	MO; ADD
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial muv, outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>pyridoxine 50 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
PYRIDOXINE HCL CRYSTALS (RX)	3	ADD
PYRIDOXINE HCL POWDER (RX)	3	ADD
<i>qc vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
QUFLORA FE 0.25 MG CHEW TABLET	3	ADD
QUIN B STRONG WITH C & ZINC TB	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QUINTABS TABLET	3	ADD
<i>quintabs-m iron free tablet</i>	3	ADD
QUINTABS-M TABLET (RX)	3	ADD
<i>renal caps softgel</i>	3	MO; ADD
RENAL VITAMIN TABLET	3	MO; ADD
RENAPLEX TABLET	3	ADD
RENAPLEX-D TABLET	3	ADD
<i>rena-vite rx tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>rena-vite tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>reno caps softgel</i>	3	MO; ADD
<i>replesta 50,000 units wafer</i>	3	MO; ADD
REPLESTA NX 14,000 UNITS WAFER	3	MO; ADD
<i>risacal-d tablet</i>	3	MO; ADD
<i>senior tabs</i>	3	MO; ADD
<i>sentry senior multivitamin tab sodium/f, yeast/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sentry senior tablet</i>	3	ADD
<i>sentry senior tablet inner</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sentry senior tablet outer</i>	3	ADD
<i>sentry tablet</i>	3	ADD
<i>se-tan plus capsule</i>	3	MO; ADD
SLOW FE 45 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>slow release iron 160 mg tab p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	3	ADD
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET (RX)	3	ADD
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>slow release iron 45 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
SLOW RELEASE IRON TABLET	3	MO; ADD
<i>sm vitamin d3 125 mcg tablet</i>	3	MO; ADD
SOLO TABLET	3	ADD
<i>stress b with zinc tablet</i>	3	ADD
STRESS B-COMPLEX TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>stress formula tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>stress formula with iron tab</i>	3	MO; ADD
<i>stress formula with zinc tab (rx)</i>	3	MO; ADD
STROVITE ONE CAPLET	3	MO; ADD
<i>super antioxidant softgel sftgl,n,p/f</i>	3	ADD
<i>super b complex tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>super b complex tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>super b complex-vit c caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>super b with vit c capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
SUPER DAILY D3 1,000 UNIT/DROP	3	MO; ADD
SUPER DAILY D3 2,000 UNIT/DROP	3	ADD
SUPER MULTIPLE-LOW IRON TABLET	3	ADD
<i>super thera vite m tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
SUPPORT-500 SOFTGEL	3	MO; ADD
SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL	3	ADD
<i>sv biotin 5,000 mcg softgel softgel (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sv folic acid 800 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB (RX)	3	MO; ADD
<i>sv vit c-rose hips 1,000 mg tb p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab p/f, gluten free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl softgel,gluten-f,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 25 mcg(1000 unit) (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel softgel , p/f (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin e 450 mg softgel water soluble, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin e 670 mg softgel p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	3	ADD
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	3	MO; ADD
<i>tab-a-vite tablet</i>	3	MO; ADD
TANDEM PLUS CAPSULE	3	MO; ADD
<i>taron forte capsule</i>	3	MO; ADD
<i>thera tablet</i>	3	ADD
<i>thera-d 2000 tablet</i>	3	ADD
THERA-D 4000 TABLET	3	ADD
<i>thera-d rapid repletion tablet</i>	3	ADD
THERAGRAN-M PREMIER 50+ CAPLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
THERA-M CAPLET	3	ADD
THERAMILL FORTE CAPSULE	3	ADD
<i>therapeutic-m caplet</i>	3	ADD
<i>therapeutic-m tablet</i>	3	MO; ADD
<i>thera-tabs caplet</i>	3	MO; ADD
<i>theratrum complete 50 plus tab</i>	3	ADD
<i>theratrum complete 50 plus tab</i>	3	MO; ADD
<i>theratrum complete tablet mfg error (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>therems multivitamin tablet</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial 25's,mdv,outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial inner, muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial inner,muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mdv, inner</i>	3	PA; MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mdv, outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mdv,inner</i>	3	PA; MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial muv</i>	3	PA; MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial muv, inner</i>	3	PA; MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mov, outer</i>	3	PA; MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial outer, mov</i>	3	PA; MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial outer, mov</i>	3	PA; MO; ADD
<i>tricon capsule</i>	3	MO; ADD
<i>trigels-f forte softgel</i>	3	MO; ADD
<i>triphrocaps softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
TRI-VI-SOL DROPS	3	MO; ADD
TROPICAL LIQUID NUTRITION	3	ADD
ULTRA BONEUP TABLET	3	ADD
ULTRA FREEDA TABLET	3	ADD
ULTRA FREEDA WITH IRON TABLET	3	ADD
VEGETARIAN BONEUP TABLET	3	ADD
VENOFER 100 MG/5 ML VIAL 25'S,SDV,P/F	3	PA; MO; ADD
VENOFER 100 MG/5 ML VIAL OUTER, SUV, P/F	3	PA; MO; ADD
VENOFER 100 MG/5 ML VIAL SUV,P/F	3	PA; MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VENOFER 100 MG/5 ML VIAL SUV,P/F, OUTER	3	PA; MO; ADD
VENOFER 200 MG/10 ML VIAL SUV,P/F,OUTER	3	PA; MO; ADD
VENOFER 50 MG/2.5 ML VIAL 10'S,SDV,P/F, OUTER	3	PA; ADD
VENOFER 50 MG/2.5 ML VIAL 25'S,SUV,P/F	3	PA; ADD
VENOFER 50 MG/2.5 ML VIAL SUV,P/F,OUTER	3	PA; ADD
VISION FORMULA TABLET	3	ADD
VISION FORMULA WITH LUTEIN TAB	3	ADD
VISION HEALTH SOFTGEL	3	ADD
VISION PLUS LUTEIN VITAMIN TAB	3	ADD
VISTA ADVANCED AREDS2 SOFTGEL	3	ADD
VISTA ADVANCED DRY EYE SOFTGEL	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vit c-rose hips 1,000 mg cplt caplet,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 1,000 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet with rose hips,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit d3 125 mcg (5000 unit) tab</i>	3	MO; ADD
VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	3	MO; ADD
VITABEX PLUS CAPSULE	3	ADD
<i>vitajoy daily d gummy</i>	3	MO; ADD
VITAL-D RX TABLET	3	MO; ADD
<i>vitalee tablet</i>	3	ADD
<i>vitalets tablet chewable child, orange (rx)</i>	3	ADD
<i>vitalets tablet chewable child, raspberry</i>	3	ADD
<i>vitalets tablet chewable child,unflavored</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL (RX)	3	ADD
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL INNER (RX)	3	ADD
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL OUTER (RX)	3	ADD
<i>vitamin a 10,000 unit softgel p/f,n,softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin a 8,000 unit capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN A PALM 10,000 UNIT TAB	3	ADD
VITAMIN A PALM 15,000 UNIT TAB	3	ADD
<i>vitamin b complex-vit c cap (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b complex-vit c caplet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b complex-vitamin c tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin b-6 100 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet p/f,no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet p/f,no-lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin b-complex & c p/f, caplet</i>	3	ADD
<i>vitamin b-complex & c caplet p/f,lactose free</i>	3	ADD
<i>vitamin b-complex & c caplet p/f,no lactose,cplt</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 1,000 mg caplet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg caplet n,caplet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet n,caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 100 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin c 250 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet u-d (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet timed release (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) capsule</i>	3	ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) outer</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) softgel</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET	3	ADD
<i>vitamin d2 400 unit tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit adult gummies</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummy (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel p/f, n,sftgl (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel p/f,gluten-free (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel sftgl,p/f,no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel softgel, p/f, n (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew p/f, peach vanilla</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet p/f,gluten free (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN D3 1,000 UNIT/10 ML LQ	3	ADD
<i>vitamin d3 1,250 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1.25 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10 mcg tablet inner</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 10 mcg tablet outer</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid w/dropper (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit) (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 125 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 125 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 125 mcg tablet</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel outer</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel p/f, color-free (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit p/f, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel p/f,n,softgel</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel p/f,n,softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel soy-free,softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel ultra-str,softgel (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet super strength (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet w/ calcium carbonate (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) (rx)</i>	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 25 mcg gummy (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet bonus 10 tb,max str (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet p/f, ex-strength (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet y/f,p/f (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
VITAMIN D3 250 MCG TABLET	3	MO; ADD
VITAMIN D3 3,000 UNIT TABLET	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit softgel p/f,n,softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 400 unit softgel softgel,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew orange, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet inner</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet outer</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule veggie caps (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel p/f, softgel, glut-f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel softgel, no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet p/f, gluten-free</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet y/f, gluten/f</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops p/f, yeast-free</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50 mcg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50 mcg softgel</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 50 MCG TAB CHEW	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50,000 unit capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 62.5 MCG GUMMY	3	ADD
<i>vitamin d-400 tablet easy to swallow (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 1,000 unit p/f, blend, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 1,000 unit softgel p/f, gluten-f, softgel (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN E 1,000 UNIT SOFTGEL P/F, SOFTGEL (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin e 1,000 unit softgel softgel, finest (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 1,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 100 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E 100 UNIT TABLET	3	ADD
VITAMIN E 100 UNIT TABLET Y/F, GLUTEN/F (RX)	3	ADD
VITAMIN E 15 UNIT/0.3 ML DROP	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg softgel inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg softgel outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg(400 unit) sfgl (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg(400 unit) sfgl inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg(400 unit) sfgl outer (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin e 200 unit softgel p/f, gluten-f, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 200 unit softgel p/f, no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit capsule softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel economy size (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel p/f, softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel p/f, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel softgel, 100% natural (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 45 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E 45 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin e 450 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E 450 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>vitamin e 90 mg softgel</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E NATURAL OIL DROPS	3	ADD
VITAMIN E OIL DROPS	3	ADD
VITAMIN E OIL DROPS	3	ADD
<i>vitamin e-200 200 unit softgel inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e-200 200 unit softgel outer</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E-OIL 100 UNIT/0.25 ML	3	ADD
VITAMINS A-D-E TABLET	3	ADD
<i>wee care 15 mg/1.25 ml susp</i>	3	MO; ADD
<i>weekly-d 1,250 mcg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>wescap-pn dha</i>	1	MO
<i>wescaps capsule</i>	3	MO; ADD
<i>westab one tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
WOMEN MULTIVIT COLLAGEN GUMMY	3	ADD
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED MV TB	3	ADD
WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA (RX)	3	ADD
WOMEN'S 50 PLUS MULTIVIT TAB	3	ADD
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET (RX)	3	MO; ADD
WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET	3	ADD
WOMEN'S DAILY PACK	3	ADD
WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F, LACTOSE-F	3	ADD
WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F,N,FRUIT	3	ADD
WOMEN'S MULTIVITAMIN TABLET	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XCELLENT A 3000 MCG CAPSULE	3	ADD
XCELLENT A 7500 MCG CAPSULE	3	ADD
XCELLENT E SOFTGEL	3	ADD
<i>yelets tablet</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ZELDANA 159 MG CAPSULE	3	ADD
<i>zinc 15 mg lozenges</i>	3	ADD
ZINC LOZENGES	3	ADD
ZOO FRIENDS TABLET CHEWABLE (RX)	3	ADD

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Index

1	
12 hour decongestant	141
12 hour nasal decongest (pse)	141
2	
24 hour allergy relief.....	160
24hr allergy relief.....	141
3	
3-day vaginal.....	91
4	
4 way	84
5	
50 PLUS ADULT EYE HEALTH.....	190
8	
8 hour pain reliever ..	61, 65, 66
A	
a thru z.....	190
a thru z advanced formula..	190
a thru z high potency	190
A THRU Z MEN'S	
ULTIMATE	190
a thru z select.....	190
a thru z select 50plus formula	190
a thru z select women's	190
A-25 (VIT A PALMITATE)	191
abacavir.....	5
abacavir-lamivudine.....	5
ABATINEX	183
abc complete senior 50 plus	191
abc complete senior men's..	191
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S	191
abigale.....	89
abigale lo.....	89
ABILIFY ASIMTUFII ... 73, 74	
ABILIFY MAINTENA	74
abiraterone	41
abirtega	41

ABRAXANE.....	41
ABRYSVO (PF).....	39
<i>acamprosate</i>	103
<i>acarbose</i>	133
ACCRUFER.....	191
<i>accutane</i>	129
<i>acebutolol</i>	16
<i>acetaminophen</i>	61, 62
ACETAMINOPHEN.....	62
ACETAMINOPHEN (BULK)	62
<i>acetaminophen-codeine</i>	59
<i>acetazolamide</i>	93
<i>acetazolamide sodium</i>	93
<i>acetic acid</i>	87, 103
<i>acetylcysteine</i>	114, 157
<i>acid gone antacid</i>	22
<i>acid gone antacid e.strength</i>	22
<i>acid reducer (famotidine)</i>	36
<i>acid reducer (lansoprazole)</i>	36
<i>acid reducer (omeprazole)</i>	36
<i>acidophilus-pectin</i>	33
<i>acidophilus-pectin, citrus</i>	33
ACIDOPHILUS-PECTIN, CITRUS.....	33
<i>acitretin</i>	118
<i>acne medication</i>	129
ACNE MEDICATION.....	129
ACTEMRA	137
ACTEMRA ACTPEN.....	137
ACTHIB (PF).....	39
<i>actical</i>	191
ACTIMMUNE	38
ACTIVE FE.....	191
ACTIVESSENTIALS	191
ACTIVESSENTIALS FOR WOMEN	191
ACTIVESSENTIALS- ONCOPLEX-D3	191
ACTIVNUTRIENTS.....	191
ACTIVNUTRIENTS (NO IRON).....	191

ACTIVNUTRIENTS	
CHEWABLE	191
ACTIVNUTRIENTS	
MULTIVITAMIN	191
ACTIVNUTRIENTS(NO	
COPPER-IRON).....	191
<i>acyclovir</i>	5, 119
<i>acyclovir sodium</i>	5
ADACEL(TDAP	
ADOLESN/ADULT)(PF)	39
ADBRY	121
ADCETRIS.....	41
<i>adefovir</i>	5
ADEK GUMMIES PLUS	
ZINC	212
ADEMPAS	157
<i>adenosine</i>	12
<i>adrenalin</i>	141
ADSTILADRIN	41
ADULT 50 PLUS EYE	
HEALTH	197
<i>adult aspirin regimen</i>	63
ADULT MULTIVITAMIN	
GUMMIES	191
ADULT ONE DAILY	
GUMMIES	191
<i>adult tussin cf</i>	147
<i>adult tussin chest congestion</i>	
.....	147
<i>adults 50 plus</i>	191
ADULTS' DAILY FORMULA	
.....	192
ADULTS MULTIVITAMIN	
.....	192
ADVAIR HFA.....	157
<i>advanced healing (petrolatum)</i>	
.....	123
ADVANCED MULTI EA..	192
AEROCHAMBER MINI ..	163
AEROCHAMBER MV	163
AEROCHAMBER PLUS	
FLOW-VU.....	163

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK	163	<i>albutein 25 %</i>	169	<i>allergy and congestion relief</i>	142
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK	163	<i>albutein 5 %</i>	169	<i>allergy multi-symptom</i>	141,
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK.....	163	<i>albuterol sulfate</i>	157, 158	147, 148	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT	163	<i>alclometasone</i>	119	<i>allergy relief (cetirizine)</i>	142
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK	163	<i>alcohol pads</i>	133	<i>allergy relief (fexofenadine)</i>	142, 147, 148
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK	163	ALDURAZYME	131	<i>allergy relief (levocetirizin)</i>	148
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK	163	ALECENSA	42	<i>allergy relief (loratadine)</i> ..	141,
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG	163	<i>alendronate</i>	140	142, 147, 149	
AEROVENT PLUS.....	163	ALEVAZOL.....	116	<i>allergy relief d12</i>	142
AFTERA	87	<i>alfuzosin</i>	169	<i>allergy relief d-24hr</i>	142
AIMOVIG AUTOINJECTOR	82	ALIQOPA	42	<i>allergy relief(chlorpheniramn)</i>	142, 147, 148
AIMSCO LATEX CONDOM	163	<i>aliskiren</i>	16	<i>allergy relief(diphenhydramin)</i>	142, 147, 148, 149
AIRBORNE (ASCORBATE SODIUM).....	192	ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN	192	<i>allergy relief,nasal decongest</i>	142
AIRBORNE (ASCORBIC ACID).....	192	ALIVE ENERGY 50 PLUS	192	<i>allergy relief-d (cetirizine)</i> .	142
AIRBORNE (LYSINE HCL)	183	ALIVE HAIR, SKIN AND NAILS	192	ALL-NITE COLD-FLU	142
AIRBORNE (WITH LYSINE ACETATE)	192	ALIVE KIDS CHEWABLE	192	<i>allopurinol</i>	140
AIRBORNE ELDERBERRY	192	ALIVE MAX POTENCY ..	192	<i>allopurinol sodium</i>	140
AIRBORNE GUMMY	192	ALIVE MEN'S 50 PLUS MV (VIT K).....	192	<i>almacone-2</i>	22
AIRBORNE KIDS	192	ALIVE WOMEN 50 PLS ULT POTENCY.....	192	<i>aloprim</i>	140
AIRSHIELD.....	197	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY	192	<i>alose tron</i>	22
AIRSHIELD IMMUNE	184	ALIVE WOMEN'S ENERGY	192	<i>alpha lipoic acid</i>	103
AIRZONE PEAK FLOW METER	164	ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN.....	192	ALPHA LIPOIC ACID	103,
AKEEGA	41	ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY.....	193	114	
<i>ala-cort</i>	119	<i>all day allergy (cetirizine)</i> .	141,	<i>alprostadil</i>	168
<i>alaway</i>	94	147, 148, 149		<i>altamist</i>	84
<i>albendazole</i>	2	<i>all day allergy-d</i>	141, 149	<i>altavera (28)</i>	87
<i>albumin, human 25 %</i>	169	ALL DAY COLD AND SINUS	141	<i>aluminum hydroxide gel</i>	22
<i>alburx (human) 25 %</i>	169	<i>all day pain relief</i>	62	<i>alum-mag hydroxide-simeth</i> .	22
<i>alburx (human) 5 %</i>	169	<i>all day relief</i>	62, 63	ALUNBRIG	42
		<i>aller-chlor</i>	141	ALVESCO.....	158
		<i>aller-ease</i>	149	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	87
		<i>aller-g-time</i>	141	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	87
		<i>allergy (chlorpheniramine)</i>	141	<i>alyq</i>	158
		<i>allergy (diphenhydramine)</i> .	141	<i>amantadine hcl</i>	5
				<i>ambrisentan</i>	158
				AMERICERIN	121
				<i>amethyst (28)</i>	87
				<i>amikacin</i>	2
				<i>amiloride</i>	16

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	16	ANTI-DIARRHEAL (LOPERAMIDE).....	35	ARIKAYCE	3
<i>aminocaproic acid</i>	20	<i>antifungal (clotrimazole)</i>	116	<i>aripiprazole</i>	74
<i>amiodarone</i>	12	<i>antifungal (miconazole)</i>	116,	ARISTADA	74
<i>amitriptyline</i>	74	117		ARISTADA INITIO.....	74
AMLADEX.....	193	<i>antifungal (tolnaftate)</i>	117	<i>armodafinil</i>	74
<i>amlodipine</i>	16	ANTI-GAS ULTRA STRENGTH	27	<i>arsenic trioxide</i>	42
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	14	<i>anti-itch (hc)</i>	120	<i>arthritis pain relief (acetam)</i>	63, 66
<i>amlodipine-benazepril</i>	16	<i>anti-itch(diphenhyd)</i> with zinc	122, 125, 128	ARTHRITIS PAIN RELIEF(CAPSAIC)	122
<i>amlodipine-olmesartan</i>	16	<i>anti-itch(hydrocortisone)-aloe</i>	121	<i>artificial tears(pvalch-povid)</i>	94
<i>amlodipine-valsartan</i>	16	<i>antioxidant a/c/e/selenium</i> ..	219	ASCOR.....	193
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>	16	ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM)	193	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i> ...	193,
<i>ammonium lactate</i>	121, 122	APETIBEX.....	193	199, 223, 224	
<i>amnestem</i>	129	APETIGEN PLUS.....	193	<i>asenapine maleate</i>	74
<i>amoxapine</i>	74	APPE-CURB	183	ASMANEX HFA	158
<i>amoxicillin</i>	10	<i>apraclonidine</i>	92	ASMANEX TWISTHALER	158
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..	10	<i>aprepitant</i>	23	ASPARLAS.....	42
<i>amphotericin b</i>	2	<i>apri</i>	87	<i>aspirin</i>	63, 65, 66, 68, 69
<i>ampicillin</i>	10	<i>aprodine</i>	142	<i>aspirin-dipyridamole</i>	20
<i>ampicillin sodium</i>	10	APTOM.....	69	ASSURE ID INSULIN SAFETY	164
<i>ampicillin-sulbactam</i>	10, 11	APTIVUS	5	<i>atazanavir</i>	5
<i>anagrelide</i>	103	AQUA-E CONCENTRATE	193	<i>atenolol</i>	17
<i>anastrozole</i>	42	AQUANAZ	142	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	17
ANKTIVA.....	42	AQUAPHOR BABY HEALING	122	<i>athlete's foot</i>	116
<i>antacid (calcium carbonate)</i>	169, 175, 180	AQUAPHOR HEALING...	122	<i>athlete's foot (clotrimazole)</i>	117
<i>antacid anti-gas</i>	22	AQUAPHOR ORIGINAL .	122	ATHLETE'S FOOT (TERBINAFINE) ...	116, 117
<i>antacid exst (mag carb-al hyd)</i>	22	<i>aranelle (28)</i>	87	<i>athlete's foot (tolnaftate)</i>	116
<i>antacid ext str (calcium carb)</i>	169, 175	ARBEM H-COSMETIC	122	<i>atomoxetine</i>	74
<i>antacid extra-strength</i>	169	ARBEM LIOPEN	122	<i>atorvastatin</i>	14
<i>antacid regular strength</i>	22	ARCALYST	38	<i>atovaquone</i>	3
<i>antacid ultra strength</i>	169	AREXVY (PF)	39	<i>atovaquone-proguanil</i>	3
<i>antacid-antigas</i> ...	22, 23, 25, 30	<i>arformoterol</i>	158	ATP IGNITE	193
ANTACID-ANTIGAS	23	<i>arginine (l-arginine)</i>	183	<i>atropine</i>	34, 94
<i>antibiotic (bacitracin zinc)</i> .	116	ARGININE (L-ARGININE)	188, 190	ATROVENT HFA.....	158
<i>antibiotic plus (pramoxine)</i>	116	ARGININE (L-ARGININE) (BULK)	183	<i>aubra eq</i>	87
ANTIBIOTIC PLUS PAIN REL(PRAM)	115	ARGININE HCL (L- ARGININE)	188, 189	AUGMENTIN	11
<i>anti-dandruff</i>	118			AUGTYRO.....	42
<i>anti-diarrheal (loperamide)</i>	33, 34, 35			AUSTEDO	83
				AUSTEDO XR.....	83
				AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	83

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

AUVELITY.....	74	BARACLUDE.....	5	<i>betamethasone valerate</i>	119
<i>aviane</i>	87	BARIATRIC		<i>betamethasone, augmented</i>	119
AVMAPKI-FAKZYNJA	42	MULTIVITAMINS.....	193	BETASERON.....	38
AVONEX.....	38	BASE 7542.....	122	<i>betaxolol</i>	17, 92
AYR ALLERGY AND SINUS		BAVENCIO	42	<i>bethanechol chloride</i>	168
.....	84	<i>baza antifungal</i>	116	BEVESPI AEROSPHERE.....	158
<i>ayr saline</i>	85	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	39	<i>bexarotene</i>	42
AYR SALINE	85	B-COMPLEX PLUS VIT C		BEXSERO.....	39
AYR SALINE GEL	85	(CALCIUM).....	207	<i>bicalutamide</i>	42
AYVAKIT.....	42	<i>b-complex with vitamin c</i>	193,	BICILLIN L-A	11
AZ.....	122	197, 222, 223		BIKTARVY	5
<i>azacitidine</i>	42	BD PEN NEEDLE	165	BIO-35, GLUTEN FREE ...	194
<i>azathioprine</i>	42	BELBUCA	59	BIOCAL	194
<i>azathioprine sodium</i>	42	BELEODAQ	42	BIO-D-MULSION	194
<i>azelaic acid</i>	129	BELSOMRA	74	BIO-D-MULSION FORTE.....	194
<i>azelastine</i>	85, 94	<i>benazepril</i>	17	BIO-K PLUS	34
<i>azithromycin</i>	9, 10	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>		BIOLYTE	169
AZO COMPLETE FEMININE		.....	17	BIOMEPRO	34
BALANCE.....	34	<i>bendamustine</i>	42	BION TEARS (PF).....	94
AZO DUAL PROTECTION.....	34	BENDEKA	42	<i>biotin</i>	194, 204, 207, 219
<i>aztreonam</i>	3	BENLYSTA	137	BIOTIN.....	194, 197, 219
<i>azurette (28)</i>	87	BENTIVITE BX.....	193	BIOTIN (BULK).....	194, 201
B		<i>benzoin</i>	128	<i>bisacodyl</i>	23
B COMPLEX PLUS		<i>benzoin (bulk)</i>	122	<i>bismuth subsalicylate</i>	34
VITAMIN C.....	193	<i>benzoin compound</i>	122	<i>bisoprolol fumarate</i>	17
B COMPLEX W-VIT C.....	193	<i>benzonatate</i>	142	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	
<i>b complex-vitamin c-folic acid</i>		<i>benzoyl peroxide</i>	129	.....	17
.....	193, 199, 219, 222	<i>benztropine</i>	58	BIZENGRI	42
B COMPLEX-VITAMIN C-		BENZYL ALCOHOL (BULK)		BLNREP	42
FOLIC ACID.....	193	.....	103	<i>bleomycin</i>	42
<i>baby ayr saline</i>	85	BENZYL BENZOATE		BLINCYTO.....	42
BABY DDROPS.....	193	(BULK)	103	BODY, HAIR, SKIN AND	
BABY VITAMIN D3.....	193	BEROCCA (FA-GUARANA-		NAILS	194
BABY'S SUPER DAILY D3		CAFF).....	193, 194	BOMYNTRA	41
.....	193	BESPONSA.....	42	BONEUP	194
<i>bacitracin</i>	92, 115	BESREMI.....	38	BONEUP (CALCIUM	
<i>bacitracin zinc</i>	115	<i>beta care</i>	122	ASCORBATE).....	194
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	92	<i>beta carotene</i>	194	BONSITY	140
<i>baclofen</i>	81	BETA XMA	122	BOOST BREEZE	
BACMIN.....	193	BETADINE	115	NUTRITIONAL	183
<i>balsalazide</i>	23	BETADINE SURGICAL		BOOSTRIX TDAP.....	39
BALVERSA.....	42	SCRUB.....	115	BORIC ACID (BULK)... ..	94, 96
<i>banophen</i>	142	<i>betaine</i>	23	<i>bortezomib</i>	43
<i>banophen anti-itch</i>	122	<i>betamethasone dipropionate</i>		BORTEZOMIB	43
BAQSIMI	133	.....	119	<i>bosentan</i>	159

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

BOSULIF	43	CAFFEINE (BULK)	103	CALCIUM PHOSPHATE-	
<i>bpo</i>	129	<i>caffeine citrate</i>	103	VITAMIN D3	195
BRAFTOVI	43	<i>calcidol</i>	194	<i>calcium with vitamin d</i>	172
BRANTUSSIN DM	142	<i>calcipotriene</i>	118	<i>cal-gest antacid</i>	174
BREO ELLIPTA	159	<i>calcitonin (salmon)</i>	131	<i>callus removers</i>	114
<i>brey-na</i>	159	CAL-CITRATE	170	CAL-MINT	174
BREZTRI AEROSPHERE	159	<i>calcitriol</i>	131, 132	CALQUENCE	
BRILINTA	20	<i>calcium 500 + d</i>	170, 171	(ACALABRUTINIB MAL)	
<i>brimonidine</i>	92	<i>calcium 500 with d</i>	170, 175	.....	43
BRIUMVI	83	<i>calcium 600</i>	171	CAL-QUICK	174
BRIVIACT	69	<i>calcium 600 + d(3)</i>	171, 172	CALTRATE 600 PLUS D	174
<i>bromfenac</i>	92	<i>calcium 600 with vitamin d3</i>		CALTRATE 600-D PLUS	
<i>bromocriptine</i>	58	.....	171, 176	MINERALS	195
<i>brompheniramine-pseudoeph-</i>		CALCIUM 600 WITH		CALTRATE WITH VITAMIN	
<i>dm</i>	142, 143	VITAMIN D3	172	D3	174
BRUKINSA	43	<i>calcium 600-d3 plus (mag-</i>		CALTRATE-D3 PLUS	
<i>bss</i>	94	<i>zinc)</i>	197	MINERALS	195
<i>budesonide</i>	23, 159	CALCIUM 600-D3 PLUS		<i>camila</i>	89
<i>budesonide-formoterol</i>	159	(MAG-ZINC)	195	<i>camrese</i>	87
<i>bumetanide</i>	17	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>		CAMZYOS	13
<i>buprenorphine hcl</i>	59	.....	172	<i>candesartan</i>	17
<i>buprenorphine transdermal</i>		<i>calcium antacid</i>	172	<i>candesartan-</i>	
<i>patch</i>	59	<i>calcium carbonate</i>	170, 171,	<i>hydrochlorothiazid</i>	17
<i>buprenorphine-naloxone</i>	63	172, 173, 175, 178, 181		CAPLYTA	75
<i>bupropion hcl</i>	74, 75	CALCIUM CARBONATE		CAPMIST DM	143
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>		.....	172, 173	CAPRELSA	43
.....	99	<i>calcium carbonate-vit d3-min</i>		CAPRON DM	143
<i>buspirone</i>	75	.....	194	CAPRON DMT	143
<i>busulfan</i>	43	<i>calcium carbonate-vitamin d3</i>		<i>capsaicin</i>	122
<i>butenafine</i>	116	170, 171, 172, 174, 175, 181		CAPSAICIN	122, 125
<i>butorphanol</i>	64	CALCIUM CARBONATE-		CAPSIMIDE	123
BYDUREON BCISE	133	VITAMIN D3 170, 171, 172,		CAPSULE #0	103, 104
BYOOVIZ	94	176, 178, 181		CAPSULE #00	104, 105
C		<i>calcium chloride</i>	173	CAPSULE #00	
<i>c-1000</i>	194	<i>calcium citrate</i>	173	(HYPROMELLOSE)	97
<i>c-1000 with rose hips</i>	194	CALCIUM CITRATE	173	CAPSULE #000	105
<i>c-500</i>	194	<i>calcium citrate + d</i>	173	CAPSULE #1	105, 106, 107
CABENUVA	5	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	173,	CAPSULE #10	107
<i>cabergoline</i>	131	174, 175		CAPSULE #11	107
CABLIVI	20	CALCIUM CITRATE-		CAPSULE #13	107
CABOMETYX	43	VITAMIN D3 173, 174, 175,		CAPSULE #2	107
<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-</i>		181		CAPSULE #3	107, 108
<i>bor</i>	195, 203, 207, 208	<i>calcium gluconate</i>	174	CAPSULE #4	108, 109
CA-D3-MAG OX-ZINC-COP-		CALCIUM LACTATE	174	CAPSULE #5	109
MANG-BOR	195, 197			CAPSULE #7	109

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>captopril</i>	17	CENTRUM ADULT 50		<i>cetirizine-pseudoephedrine</i>	143
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>		FRESH-FRUITY	195	<i>cevimeline</i>	109
.....	17	CENTRUM ADULTS.....	195	CHEMET	109
<i>carbamazepine</i>	69	CENTRUM CHEWABLES		CHEMSTRIP 10 MD	133
<i>carbidopa</i>	58	.....	195	CHEMSTRIP 50B	133
<i>carbidopa-levodopa</i>	58	CENTRUM COMPLETE ..	195	CHEMSTRIP 7.....	133
<i>carbidopa-levodopa-</i>		CENTRUM KIDS (VIT D3,		<i>chest congestion relief</i>	143, 147
<i>entacapone</i>	58	VIT K)	195	CHEST CONGESTION	
<i>carboplatin</i>	43	CENTRUM MEN.....	195	RELIEF.....	144
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>		CENTRUM MINIS ADULTS		<i>chest congestion relief dm</i> ..	143,
.....	94	50 PLUS	195	147	
<i>carglumic acid</i>	109	CENTRUM MINIS WOMEN		<i>chest congestion relief pe</i> ..	143,
<i>carmustine</i>	43	50 PLUS	196	147	
<i>carteolol</i>	92	CENTRUM SILVER .	195, 196	<i>chest congestion-cough relief</i>	
<i>cartia xt</i>	17	CENTRUM SILVER MEN	196	.....	144
<i>carvedilol</i>	17	CENTRUM SILVER ULTRA		<i>child allergy relf(cetirizine)</i>	144
<i>caspofungin</i>	2	MEN'S	196	CHILD CHEWABLE	
<i>castor oil</i>	23, 24, 25, 30	CENTRUM SILVER		VITAMN COMPLETE ..	198
CAYSTON	3	WOMEN	196	CHILD COMPLETE	
<i>cefaclor</i>	8	CENTRUM SPECIALIST		MULTIVITAMIN	203
<i>cefadroxil</i>	8	HEART.....	196	CHILD DELSYM COUGH	
<i>cefazolin</i>	8, 9	CENTRUM ULTRA MEN'S		PLUS DY-NT	144
<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> .	8	.....	196	<i>child delsym cough-chest dm</i>	
<i>cefdinir</i>	9	<i>centrum women</i>	196	.....	144
<i>cefepime</i>	9	<i>cephalexin</i>	9	CHILD DELSYM COUGH-	
<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i> ..	9	CEPROTIN (BLUE BAR) ...	20	COLD	144
<i>cefixime</i>	9	CEPROTIN (GREEN BAR) 20		CHILD MUCINEX COUGH-	
<i>cefoxitin</i>	9	CEQUR SIMPLICITY	164	CONGEST.....	144
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> .	9	CEQUR SIMPLICITY		CHILD MUCINEX	
<i>cefpodoxime</i>	9	INSERTER.....	164	FREEFROM DY COLD 144	
<i>cefprozil</i>	9	CERAMIDES 1,3,6-II.....	124	CHILD MUCINEX	
<i>ceftazidime</i>	9	CERA VE	123	FREEFROM MS D-N	144
<i>ceftriaxone</i>	9	CERA VE HEALING	123	CHILD MUCINEX M-S	
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i> .	9	CERA VE SA (WITH		COLD DAY-NTE	145
<i>cefuroxime axetil</i>	9	NIACINAMIDE).....	123	CHILD MUCINEX M-S	
<i>cefuroxime sodium</i>	9	<i>cerovite jr</i>	196	COLD NIGHT	145
<i>celecoxib</i>	64	<i>cerovite senior</i>	196	CHILD MUCINEX STUFFY	
CELLULOSE (BULK)	98	<i>certavite senior</i>	196	NOSE-CHST	145
<i>centratex</i>	195	<i>certavite-antioxidant</i>	196	<i>child mucus relief cough</i>	145
<i>centravites</i>	195	CERTAVITE-		CHILD MULTIVITAMIN	
<i>centravites 50 plus</i>	195	ANTIOXIDANT	196	PLUS IRON.....	196
CENTRAVITES ADULTS	195	<i>cetaphil moisturizing</i>	123	CHILDREN	
<i>centrum</i>	195	CETAPHIL MOISTURIZING		MULTIVITAMIN	196
CENTRUM	195	.....	123	<i>children's acetaminophen</i>	64,
		<i>cetirizine</i>	143	65	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>children's alaway</i>	94	<i>children's pain-fever relief</i> ..	64, 66	CIMZIA STARTER KIT	23
<i>children's allergy (diphenhyd)</i>				<i>cinacalcet</i>	132
.....	144, 145, 149, 155	<i>childrens plus multi-symp cold</i>		CINRYZE.....	159
<i>children's allergy relief(fex)</i>	144	.....	145	CINVANTI.....	23
<i>children's allergy relief(lor)</i>		<i>children's saline nasal spray</i>	85	<i>ciprofloxacin</i>	12
.....	144, 149, 156	<i>child's all day allergy(cetir)</i>		<i>ciprofloxacin hcl</i>	11, 87, 92
CHILDREN'S ALLERGY		.....	144, 149	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	
RELIEF(LOR).....	148	CHILD'S OMEGA-3 DHA		.....	11
<i>children's cetirizine</i>	144	MULTIVITAM	197	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	
<i>children's chew multivitamin</i>		CHLO HIST	145	.....	86
.....	196	CHLO TUSS	145	<i>cisplatin</i>	43
CHILDREN'S CHEWABLE		<i>chloramphenicol sod succinate</i>		<i>citalopram</i>	75
VITAMIN.....	197	.....	3	CITRACAL + D MAXIMUM	
<i>children's chewables</i>	197	<i>chlorhexidine gluconate</i>	85	.....	174
<i>children's chewables extra c</i>		CHLOROCAPS.....	183	CITRACAL-D3 GUMMIES	
.....	197	<i>chloroprocaine (pf)</i>	123	.....	197
<i>children's cold and cough (pe)</i>		<i>chloroquine phosphate</i>	3	CITRACAL-D3 MAXIMUM	
.....	145, 149	<i>chlorothiazide sodium</i>	17	PLUS	174
<i>children's cold-allergy (pe)</i>	144	<i>chlorpheniramine maleate</i> ..	145	CITRACAL-D3 PETITES .	174
CHILDREN'S COUGH DM		<i>chlorpromazine</i>	75	<i>citrucl</i>	23
ER.....	144, 149	<i>chlorthalidone</i>	17	CITRUCEL (SUCROSE).....	23
CHILDREN'S DELSYM		<i>chocolate laxative</i>	23, 24, 25, 30	CITRUCEL SUGAR FREE .	23
COUGH.....	144	<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>		CITRULLINE (BULK).....	188
CHILDREN'S FLONASE		.....	199, 204, 208, 209, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 224, 225, 226, 227, 228	<i>cladribine</i>	43
ALLERGY RLF	159	CHOLECALCIFEROL		<i>claravis</i>	129
<i>children's ibuprofen</i> ..	64, 65, 66, 69	(VITAMIN D3)	193, 201, 222, 225, 226, 227, 228	CLARIFYING BASE.....	99
CHILDREN'S LORATADINE		CHOLESTEROL (BULK) .	183	<i>clarithromycin</i>	10
.....	144	<i>cholestyramine (with sugar)</i> .	14	<i>clearlax</i>	23, 25, 27
<i>children's mapap</i>	64	<i>cholestyramine light</i>	14	CLEODERM	123
<i>children's mucinex cough</i> ...	145	CHROMAGEN(SUMALATE-QUATREFOLI).....	197	CLEVER CHOICE	
CHILDREN'S MUCINEX		CIBINQO	123	CHAMBER-LRG MASK	
MULTI-SYMP	145	<i>ciclodan</i>	116	.....	164
CHILDREN'S MULTI-VIT		<i>ciclopirox</i>	116	CLEVER CHOICE	
GUMMIES	197	<i>cidofovir</i>	6	CHAMBER-MED MASK	
<i>children's multivitamin</i>	196	<i>cilostazol</i>	20	.....	164
CHILDREN'S		CIMDUO.....	6	CLEVER CHOICE	
MULTIVITAMIN ..	196, 203	CIMERLI.....	94	CHAMBER-SM MASK .	164
CHILDREN'S		CIMZIA.....	23	CLEVER CHOICE PEAK	
MULTIVITAMIN GUMMY		CIMZIA POWDER FOR		FLOW METER	164
.....	197	RECONST	23	<i>clindamycin hcl</i>	3
CHILDREN'S OMEGA-3				<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...	3
GUMMY FISH	184			<i>clindamycin phosphate</i>	3, 91, 130
<i>children's pain relief</i>	66, 68			CLINIMIX 5%/D15W	
				SULFITE FREE	183

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 183	COENZYME Q10-VIT E-VIT E MIXED 184	<i>conex</i> 145
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 109	<i>coenzyme q10-vitamin e</i> 184	CONEX 145
CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE) 184	COLACE 23	CONEXXENCE 140
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 184	COLACE 2-IN-1 24	<i>constulose</i> 24
CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE) 184	COLACE CLEAR 24	COPIKTRA 43
CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE) 184	<i>colchicine</i> 140	<i>corn remover</i> 114
<i>clobazam</i> 69, 70	<i>cold and cough elixir</i> 145	COROMEGA 184
<i>clobetasol</i> 119, 120	COLD AND FLU SEVERE 148	CORTIFOAM 24
<i>clobetasol-emollient</i> 120	COLD HEAD	<i>cortisone</i> 130
<i>clofarabine</i> 43	CONGEST(GG-PE- ACETM) 148	<i>corvita</i> 197
<i>clomid</i> 132	COLD MAX DAY-NIGHT 148	<i>corvita 150</i> 197
<i>clomiphene citrate</i> 132	COLD MAX DAYTIME ... 148	CORVITE 150 197
<i>clomipramine</i> 75	<i>cold relief plus</i> 155	CORVITE FE 197
<i>clonazepam</i> 70	COLD-SINUS RELIEF (IBUPROFEN) 145	COSENTYX 118
<i>clonidine (pf)</i> 17, 65	<i>colesevelam</i> 14	COSENTYX (2 SYRINGES) 118
<i>clonidine hcl</i> 17, 75	<i>colestipol</i> 14	COSENTYX PEN 118
<i>clonidine transdermal patch</i> 17	<i>colistin (colistimethate na)</i> 3	COSENTYX PEN (2 PENS) 118
<i>clopidogrel</i> 20	COLUMVI 43	COSENTYX UNOREADY PEN 118
<i>clorazepate dipotassium</i> 75	COMBIVENT RESPIMAT 159	COTELLIC 44
<i>clotrimazole</i> 2, 91, 116	COMETRIQ 43	COUGH AND COLD (CHLORPHEN-DM) 146
<i>clotrimazole-3</i> 91	COMPACT SPACE CHAMBER 164	COUGH AND SEVERE COLD 154
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 117	COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK 164	<i>cough dm er</i> 145
<i>clozapine</i> 75	COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK 164	COUGH DM ER 145, 149
<i>co q-10</i> 97, 98, 99	COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK 164	COUGH SYRUP DM 145
CO Q-10 97, 98	COMPLERA 6	COUGH-COLD RELIEF HBP 146
<i>co q-10 (with vit e)</i> 184	<i>complete allergy</i> 155	CREON 24
COARTEM 3	<i>complete multivitamin-mineral</i> 203	CRESEMBA 2
COBENFY 75	COMPLETE	<i>critic-aid clear af(miconazol)</i> 117
COBENFY STARTER PACK 75	MULTIVITAMIN- MINERAL 197	<i>cromolyn</i> 24, 94, 159
COCONUT OIL CREAM.. 123	<i>complete mv adult 50 plus</i> .. 203	<i>cryselle (28)</i> 87
<i>codeine-guaifenesin</i> 145, 149	<i>compro</i> 24	CRYSVITA 132
CODEINE-GUAIFENESIN 150	CONCEPTIONXR MOTILITY 197	CULTURELLE ADVANCED REGULARITY 34
<i>coenzyme q10</i> 97, 98		CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV 197
COENZYME Q10 98		CULTURELLE KIDS PRO- MV-LUTEIN 197
COENZYME Q10 (BULK) .98		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

CULTURELLE PROBIOTIC- MULTIVIT.....	197	D <i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	109	<i>day multi-symp flu-severe cold</i>	146
CULTURELLE WOMEN'S 4- IN-1	34	<i>d2.5 %-0.45 % sodium</i> <i>chloride</i>	109	<i>daysee</i>	87
CULTURELLE WOMEN'S WELLNESS	34	<i>d3-2000</i>	201	DAYTIME COLD-FLU	149
CUTTER	123	<i>d3-5000</i>	201	DAYTIME COLD-FLU RELIEF (PE)	146
CUTTER ALL FAMILY ...	123	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i> <i>chloride</i>	109	<i>daytime-nighttime</i>	148
CUTTER BACKWOODS .	123	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	109	D-CERIN	124
CUTTER BACKWOODS DRY	123	<i>dabigatran etexilate</i>	20	DDROPS	201
CUTTER DRY	123	<i>dacarbazine</i>	44	<i>deblitane</i>	89
CUTTER LEMON EUCALYPTUS	123	<i>dactinomycin</i>	44	<i>decara</i>	201
CUTTER NATURAL INSECT REPELLNT	123	DAILY GUMMIES.....	198	DECARA.....	201
CUTTER NATURAL REPELLENT2	123	DAILY MULTIVITAMIN.	201	DECARA K.....	201
CUTTER SKINSATIONS .	123	<i>daily multivitamin with iron</i>	212	<i>decitabine</i>	44
CUTTER SPORT	123	<i>daily value</i>	201	DECUBI VITE	201
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	199, 200, 201	<i>daily vites/iron</i>	201	<i>deep sea nasal</i>	85
CYANOCOBALAMIN(VIT B-12)(BULK)	201	<i>daily-vite</i>	201	<i>deferasirox</i>	109
<i>cyclobenzaprine</i>	81	<i>daily-vite (with folic acid)</i> ..	201	<i>deferiprone</i>	109
<i>cyclophosphamide</i>	44	DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID).....	201	<i>deferoxamine</i>	109
CYCLOPHOSPHAMIDE ...	44	<i>dalfampridine</i>	83	DEKAS BARIATRIC	201
<i>cyclosporine</i>	44, 94	<i>danazol</i>	132	DEKAS ESSENTIAL	202
<i>cyclosporine modified</i>	44	<i>dandruff shampoo (pyrithione)</i>	121	DEKAS PLUS (FOLIC ACID)	202
CYLTEZO(CF)	138	<i>dandruff shampoo (selenium)</i>	118	DEKAS PLUS LIQUID	202
CYLTEZO(CF) PEN.....	137	<i>dantrolene</i>	82	DELSTRIGO	6
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS.....	137	DANYELZA	44	DELSYM 12 HOUR	146
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	138	DANZITEN.....	44	DELSYM COUGH	146
CYRAMZA	44	<i>dapsone</i>	3	<i>delsym cough-chest congest dm</i>	146
<i>cyred eq</i>	87	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	39	DELSYM COUGH-SORE THROAT	146
CYSTAGON	168	<i>daptomycin</i>	3	DELSYM NIGHTTIME COUGH	146
CYSTARAN	94	DAPTOMYCIN	3	<i>delta d3</i>	202
<i>cytarabine</i>	44	<i>darunavir</i>	6	<i>demeclocycline</i>	12
<i>cytarabine (pf)</i>	44	DARZALEX	44	DENG VAXIA (PF)	39
CYTO-Q.....	184	<i>dasatinib</i>	44	<i>denta 5000 plus</i>	85
<i>cyto-q max</i>	184	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	87	<i>dentagel</i>	85
CYTO-Q T-F	184	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	87	DEPO-SUBQ PROVERA	104
		DATROWAY.....	44	.....	89
		<i>daunorubicin</i>	44	<i>dermabase</i>	124
		DAURISMO.....	44	<i>dermacinrx lidocan</i>	124
				DESCOVY	6
				<i>desipramine</i>	75
				<i>desmopressin</i>	132

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 87	DIABETIC MULTIVITAMIN	DOCUSOL KIDS
<i>desonide</i> 120	202	<i>dodex</i>.....202
<i>desvenlafaxine succinate</i> 75	DIACOMIT	<i>dofetilide</i>
<i>dex4 glucose</i> 109, 110	70	13
<i>dex4 glucose pouch pack</i> 110	<i>dialyvite</i>	<i>dok</i>
<i>dex4 glucose quick dissolve</i> 110	202	24
<i>dexamethasone</i>	DIALYVITE 3000	DOLOGESIC (W-
<i>dexamethasone intensol</i> 130	202	DEXBROMPHENIRMIN)65
<i>dexamethasone sodium phos</i>	<i>dialyvite 800</i>	DOLOGESIC-DF
<i>(pf)</i>	202	65
<i>dexamethasone sodium</i>	DIALYVITE 800	<i>donepezil</i>.....83
<i>phosphate</i>	DIALYVITE 800-ULTRA D	<i>dopamine</i>
.....93, 130	202	13
<i>dextrazoxane hcl</i>.....41	DIALYVITE SUPREME D	<i>dopamine in 5 % dextrose</i> ...13
<i>dextroamphetamine-</i>	202	DOPTELET (10 TAB PACK)
<i>amphetamine</i>	<i>dialyvite vitamin d</i>	20
.....75	202	DOPTELET (15 TAB PACK)
<i>dextromethorphan hbr</i> 146	DIALYVITE VITAMIN D3	20
<i>dextromethorphan polistirex</i>	MAX.....202	DOPTELET (30 TAB PACK)
..... 146	<i>diazepam</i>.....70, 75	20
<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	<i>diazepam intensol</i>	<i>dorzolamide</i>
..... 150	75	93
<i>dextrose</i>	<i>diazoxide</i> 133	<i>dorzolamide-timolol</i>
..... 109	<i>diclofenac potassium</i>	93
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	65	<i>dotti</i>.....90
..... 110	<i>diclofenac sodium</i> ...65, 92, 124	<i>double antibiotic (b.tracn zn)</i>
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	<i>diclofenac-misoprostol</i>	116
..... 110	65	DOUBLE ANTIBIOTIC
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	<i>dicloxacillin</i>	(B.TRACN ZN).....115
..... 110	11	DOVATO
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	<i>dicyclomine</i>.....34	6
..... 110	DIFICID	<i>doxazosin</i>
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	10	17
..... 110	<i>diflunisal</i>.....65	<i>doxepin</i>
<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i>	DIGESTIVE PROBIOTIC .185	75
<i>chloride</i> 110	<i>digoxin</i>	<i>doxercalciferol</i>.....132
<i>dextrose 5%-0.3 %</i>	13	<i>doxorubicin</i>.....45
<i>sod.chloride</i>	<i>dihydroergotamine</i>	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ..45
..... 110	82	<i>doxy-100</i>
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	DILANTIN 30 MG	12
..... 110	70	<i>doxycycline hyclate</i>.....12
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	<i>diltiazem hcl</i>	12
..... 110	17	<i>doxycycline monohydrate</i> ....12
DHS SAL	<i>dilt-xr</i>.....17	<i>driminate</i>.....24
.....114	<i>dimenhydrinate</i>.....24	DRIZALMA SPRINKLE ....76
DIABETES HEALTH	<i>dimethyl fumarate</i>.....83	<i>dronabinol</i>
FORMULA	<i>diphedryl</i>.....146	24
.....202	<i>diphenhydramine hcl</i>	<i>droperidol</i>
DIABETES HEALTH PACK	146	24
.....202	<i>diphenoxylate-atropine</i>.....34	DROPSAFE ALCOHOL
	<i>dipyridamole</i>.....20	PREP PADS
	<i>disulfiram</i>.....110	133
	<i>divalproex</i>.....70	<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i>
	DML FORTE	87
	124	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>
	<i>dobutamine</i>	87
	13	DROXIA.....45
	<i>dobutamine in d5w</i>	<i>droxidopa</i>.....110
	13	DRY EYE FORMULA
	<i>docetaxel</i>.....44, 45	202
	<i>docusate sodium</i>	
	24	
	DOCUSATE SODIUM.....24	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

DRY EYE RELIEF	94	ELAPRASE.....	132	ENBREL SURECLICK	138
DRY SKIN THERAPY(W- PETROLATUM).....	123	ELDERTONIC.....	202	<i>endacof - dm</i>	147
DUAVEE	90	<i>electrolyte-148</i>	184	<i>endocet</i>	59
DULERA.....	159	<i>electrolyte-48 in d5w</i>	184	<i>endur-acin</i>	14
<i>duloxetine</i>	76	<i>electrolyte-a</i>	184	ENDUR-VM IRON-FREE.....	203
DUPIXENT PEN	124	<i>electrolytes-dextrose</i> ... 175, 179		ENDUR-VM WITH IRON.....	203
DUPIXENT SYRINGE.....	124	ELIGARD	45	ENEMEEZ	24
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL	164	ELIGARD (3 MONTH)	45	ENEMEEZ PLUS.....	25
<i>dutasteride</i>	169	ELIGARD (4 MONTH)	45	ENFAMIL ENFALYTE.....	175
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	169	ELIGARD (6 MONTH)	45	ENGERIX-B (PF)	39
<i>d-vi-sol</i>	202	<i>elinst</i>	87	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	39
E		ELIQUIS	20	<i>enoxaparin</i>	20, 21
<i>e-200</i>	202	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	20	<i>enpresse</i>	88
<i>e-400 c-500 and beta carotene</i>	202	ELITEK.....	41	<i>enskyce</i>	88
<i>ear wax removal drops</i>	87	ELMIRON.....	168	<i>ensure clear</i>	185
<i>ear wax removal kit</i>	87	ELREXFIO.....	45	ENSURE CLEAR THERAPEUTIC.....	185
EASIVENT HOLDING CHAMBER.....	164	<i>eltrombopag olamine</i>	20	<i>entacapone</i>	58
EASIVENT MASK LARGE	164	<i>eluryng</i>	91	<i>entecavir</i>	6
EASIVENT MASK MEDIUM	164	ELZONRIS.....	45	ENTRESTO.....	14
EASIVENT MASK SMALL	164	EMERGEN-C.....	202, 203	ENTRESTO SPRINKLE.....	14
<i>econazole nitrate</i>	117	EMERGEN-C IMMUNE PLUS	203	ENTYVIO	25
<i>econtra one-step</i>	87	EMERGEN-C KIDZ DRINK MIX	203	<i>enulose</i>	25
<i>ed a-hist</i>	147	EMERGEN-C MSM LITE.....	203	ENVARSUS XR	45
<i>ed a-hist dm</i>	147	EMGALITY PEN.....	82	EPIDIOLEX	70
ED A-HIST DM	147	EMGALITY SYRINGE.....	82	<i>epinastine</i>	94
<i>ed bron gp</i>	147	EMOLLIA	124	<i>epinephrine</i>	147
<i>ed chlorped jr</i>	147	<i>emollient</i>	124	<i>epirubicin</i>	45
<i>ed-apap</i>	65	EMPLICITI	45	EPKINLY	45
EDARBI.....	17	EMRELIS.....	45	<i>eplerenone</i>	18
EDARBYCLOR.....	17	EMSAM	76	EPRONTIA	70
EDURANT.....	6	<i>emtricitabine</i>	6	<i>epsom salt (laxative)</i>	25
EDURANT PED	6	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...6		ERBITUX.....	45
<i>efavirenz</i>	6	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...6		<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> 204, 224	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 6		EMTRIVA.....	6	ERGOCALCIFEROL (VITAMIN D2)	224
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	6	EMVERM	3	<i>ergotamine-caffeine</i>	82
<i>effe-k</i>	175	<i>emzahh</i>	90	<i>eribulin</i>	45
ELAHERE.....	45	<i>enalapril maleate</i>	18	ERIVEDGE	45
		<i>enalaprilat</i>	18	ERLEADA	45
		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	18	<i>erlotinib</i>	45
		ENBREL	138	<i>errin</i>	90
		ENBREL MINI	138	<i>ertapenem</i>	3

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

ERWINASE	45	<i>exemestane</i>	46	FEOSOL	204
<i>ery pads</i>	130	<i>exenatide</i>	133	FERAHEME.....	204
<i>ery-tab</i>	10	EXTREME OMEGA-3	185	<i>ferate</i>	204
<i>erythrocin (as stearate)</i>	10	<i>eye health plus lutein</i>	204	FERGON	204
<i>erythromycin</i>	10, 92	EYE HEALTH PLUS		FER-IN-SOL	204
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	10	LUTEIN.....	198, 204	FERIVA 21-7	204
<i>erythromycin with ethanol</i>	130	<i>eye itch relief</i>	94	<i>ferosul</i>	204, 205
<i>escitalopram oxalate</i>	76	EYE MULTIVITAMIN	204	<i>ferrex 150</i>	205
<i>eslicarbazepine</i>	70	EYLEA.....	94	<i>ferric x-150</i>	205
<i>esmolol</i>	18	<i>ezetimibe</i>	14	FERRLECIT	110
<i>esomeprazole magnesium</i>	36,	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	14	<i>ferro-time</i>	205
38		<i>ezfe 200</i>	204	<i>ferrous gluconate</i>	198, 205, 210
<i>esomeprazole sodium</i>	36	F		<i>ferrous sulfate</i>	198, 205, 209,
<i>essentia</i>	204	FA-8.....	204	210, 216, 219	
ESSENTIAL MAN	204	FABRAZYME	132	FERROUS SULFATE, DRIED	
ESSENTIAL MAN 50 PLUS		<i>falmina (28)</i>	88	(BULK).....	206
.....	204	<i>famciclovir</i>	6	FETZIMA.....	76
<i>estarylla</i>	88	<i>famotidine</i>	36	<i>feverall</i>	65
<i>estradiol</i>	90	<i>famotidine (pf)</i>	36	FEVERALL.....	65
<i>estradiol valerate</i>	90	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	36	<i>fe-vite</i>	216
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	90	FANAPT	76	<i>fexofenadine</i>	147
<i>eszopiclone</i>	76	FANAPT TITRATION PACK		<i>fexofenadine-pseudoephedrine</i>	
<i>ethacrynate sodium</i>	18	A	76	.....	147, 148
<i>ethambutol</i>	3	FANAPT TITRATION PACK		<i>fiber (calcium polycarbophil)</i>	
<i>ethosuximide</i>	70	B	76	.....	25
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	88	FANAPT TITRATION PACK		<i>fiber laxative (ca polycarbo)</i>	25
<i>etodolac</i>	65	C	76	<i>fiber therapy (m-cell/sugar)</i>	25
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		FANTASY CONDOM.....	165	<i>fiber therapy (m-cellulose)</i> ..	25
.....	91	FARXIGA	133	<i>fiber therapy (psyllium-sucro)</i>	
ETOPOPHOS.....	45	FASENRA.....	159	.....	25
<i>etoposide</i>	45	FASENRA PEN	159	<i>fiber-lax</i>	25
<i>etravirine</i>	6	FAST ACTING NASAL	86	<i>fiber-tabs</i>	25
EUCERIN.....	124	FC2 FEMALE CONDOM	165	<i>fidaxomicin</i>	10
EUCERIN ADVANCED		<i>febuxostat</i>	140	<i>finasteride</i>	169
REPAIR.....	124	<i>felbamate</i>	70	<i>finger cream</i>	125
EUCERIN ADVANCED		<i>felodipine</i>	18	<i>ingolimod</i>	83
REPAIR HAND	124	<i>fenofibrate</i>	14	FINTEPLA	70
EUCERIN SKIN CALMING		<i>fenofibrate micronized</i>	14	FIRMAGON KIT W	
.....	124	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	14	DILUENT SYRINGE	46
EULEXIN.....	45	<i>fenofibric acid</i>	14	FIRST AID ANTIBIOTIC	115
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	45,	<i>fenofibric acid (choline)</i>	14	FIRST AID	
46		<i>fentanyl</i>	59	ANTISEPTIC(POVIDONE)	
<i>everolimus</i>		<i>fentanyl citrate</i>	59	.....	115
(immunosuppressive).....	46	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	59	<i>fish oil</i>	184, 185, 186, 187, 190
EVOTAZ.....	6	<i>feosol</i>	204		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

FISH OIL... 184, 185, 186, 187, 190	FLORAJEN ACIDOPHILUS	<i>fondaparinux</i>.....21
<i>fish oil extra strength</i> 186	 187	<i>formoterol fumarate</i>.....160
FISH OIL PEARLS..... 187	FLORAJEN WOMEN .....34	<i>fosamprenavir</i>.....6
<i>fish oil-dha-epa</i> .....206	<i>floranex</i>.....187	<i>fosaprepitant</i>.....25
<i>flac otic oil</i>.....87	FLORANEX.....187	<i>fosinopril</i>.....18
FLANDERS BUTTOCKS .124	FLORIVA.....206	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>
FLAVOR SWEET-SF..... 110	FLORIVA PLUS.....206	18
<i>flecainide</i> 13	<i>floxuridine</i> .....46	<i>fosphenytoin</i>.....70
FLEET BISACODYL .....25	FLU HBP.....147	FOTIVDA.....46
<i>fleet enema</i>.....25	<i>fluconazole</i>.....2	<i>fraiche 5000</i>.....85
FLEET MINERAL OIL .....25	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .2	FREEDAVITE .....207
FLEET PEDIATRIC .....25	<i>flucytosine</i>.....2	FRESHKOTE .....94
FLEXICHAMBER.....165	<i>fludarabine</i> .....46	FRUCTOSE (BULK) .....110
FLEXICHAMBER-LG	<i>fludrocortisone</i> .....130	FRUZAQLA.....46
CHILD MASK .....165	<i>flumazenil</i> .....76	<i>full spectrum b-vitamin c</i> ....207
FLEXICHAMBER-SM	<i>flunisolide</i> .....160	FULPHILA.....38
ADULT MASK.....165	<i>fluocinolone</i> .....120	<i>fulvestrant</i> .....46
FLEXICHAMBER-SM	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ....87	<i>fungoid tincture</i> .....117
CHILD MASK .....165	<i>fluocinolone and shower cap</i>	<i>furosemide</i> .....18
FLINTSTONES COMPLETE	120	FUSION PLUS.....207
.....206	<i>fluocinonide</i>.....120	FYARRO.....46
FLINTSTONES COMPLETE	<i>fluocinonide-emollient</i>.....120	<i>fyavolv</i>.....90
(FE SULF).....206	<i>fluoride (sodium)</i> .....85, 206	FYCOMPA.....70
FLINTSTONES GUMMIES	<i>fluorometholone</i>.....93	G
.....206	<i>fluorouracil</i>.....46, 125	<i>gabapentin</i> .....70, 71
FLINTSTONES GUMMIES	<i>fluoxetine</i> .....76	<i>galantamine</i> .....83
OMEGA-3 .....206	<i>fluphenazine decanoate</i> .....76	<i>gallifrey</i>.....90
FLINTSTONES MULTI-VIT	<i>fluphenazine hcl</i>.....76	GAMASTAN .....39
GUMMIES .....206	<i>flurbiprofen</i>.....65	<i>ganciclovir sodium</i> .....6
FLINTSTONES	<i>flurbiprofen sodium</i> .....92	GARDASIL 9 (PF).....39
MULTIVITAMIN.....206	FLU-SEVERE COLD-	<i>gas relief (simethicone)</i> .....26
FLINTSTONES PLUS	COUGH DAYTIME .....147	GAS RELIEF
CALCIUM .....206	<i>fluticasone propionate</i> 120, 160	(SIMETHICONE) .....26
FLINTSTONES SOUR	FLUTICASONE	<i>gas relief 80 (simethicone)</i> ...27
GUMMIES .....206	PROPIONATE .....160	<i>gas relief extra strength</i> ..25, 26
FLINTSTONES TAB CHEW	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	<i>gas relief ultra strength</i> ..26, 27
.....206	160	GAS-X EXTRA STRENGTH
FLINTSTONES WITH	<i>fluvastatin</i> .....14	26
EXTRA IRON.....206	<i>fluvoxamine</i> .....76	GAS-X ULTRA-STRENGTH
FLINTSTONES WITH IRON	<i>folic acid</i> ....198, 206, 207, 208, 219	26
.....206	FOLIC ACID.....207	<i>gatifloxacin</i> .....92
FLINTSTONES/EXTRA C206	FOLIC ACID (BULK) .....207	GATTEX 30-VIAL .....26
FLONASE ALLERGY	<i>folivane-f</i>.....207	GATTEX ONE-VIAL .....26
RELIEF .....159, 160	<i>fomepizole</i>.....39	GAUZE PAD.....165
		<i>gavilax</i> .....26

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>gavilyte-c</i>	26	<i>glycerin</i>	125	<i>haloperidol lactate</i>	77
<i>gavilyte-g</i>	27	GLYCERIN.....	125	HARD NAILS	209
<i>gavilyte-n</i>	27	<i>glycerin (bulk)</i>	125	HAVRIX (PF)	39
GAVISCON EXTRA		<i>glycine urologic</i>	168	HEAD CONGESTION-	
STRENGTH	27	<i>glycine urologic solution</i>	168	MUCUS	150
GAVRETO.....	46	<i>glycopyrrolate</i>	35	<i>healthy eyes</i>	208, 209
GAZYVA.....	46	<i>glycopyrrolate (pf)</i>	35	HEALTHY EYES	209
<i>gefitinib</i>	46	<i>glycopyrrolate (pf) in water</i> .35		HEALTHY EYES LUTEIN-	
<i>gemcitabine</i>	47	<i>glydo</i>	125	ZEAXANTHIN	209
GEMCITABINE	47	GLYXAMBI	134	HEALTHY EYES	
<i>gemfibrozil</i>	14	GOLD BOND ADVANCED		SUPERVISION2	209
GENADEK STEP 1	207	HEALING	125	<i>healthylax</i>	27
GENADEK STEP 2	207	GOMEKLI.....	47	HEARTBURN RELIEF	27
<i>generlac</i>	27	GRAFAPEX.....	47	<i>heartburn relief (famotidine)</i> 37	
<i>gengraf</i>	47	<i>granisetron (pf)</i>	27	<i>heather</i>	90
<i>gentamicin</i>	3, 92, 115	<i>granisetron hcl</i>	27	HEMATEX.....	209
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..3		GRAPE FLAVOR (BULK) .98		<i>hematogen fa</i>	209
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..3		<i>griseofulvin microsize</i>	2	HEMOCYTE-PLUS.....	209
GENTEAL TEARS		<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	2	HEMORRHOIDAL(PE-MIN	
MODERATE.....	94	<i>guaifenesin</i>	150	OIL-PETRO)	27
GENTEAL TEARS		<i>gummi bear multivitamin</i>	209	<i>heparin (porcine)</i>	21
MODERATE (PF).....	94	GUMMY DINOS	198	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i> 21	
GENTEAL TEARS SEVERE		GVOKE	134	<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>	
GEL	94	GVOKE HYPOPEN 1-PACK		.....	21
GENTEAL TEARS SEVERE		.....	134	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>	
GEL DROPS	94	GVOKE HYPOPEN 2-PACK		.....	21
GENTEAL TEARS		.....	134	HEPARIN(PORCINE) IN	
SEVERE(PETROLAT)....	94	GVOKE PFS 1-PACK		0.45% NACL	21
<i>gentian violet</i>	117	SYRINGE.....	134	<i>heparin, porcine (pf)</i>	21
<i>gentle laxative (bisacodyl)</i> ..26,		GVOKE PFS 2-PACK		HEPARIN, PORCINE (PF)..	21
27, 30		SYRINGE.....	134	HEPLISAV-B (PF).....	39
GENVOYA	6	H		HERNEXEOS	47
GILOTRIF.....	47	<i>hair, skin and nails advanced</i>		HIBERIX (PF).....	40
<i>glatiramer</i>	83	.....	208	HI-D ADEK GUMMIES	
<i>glatopa</i>	83, 84	HAIR, SKIN AND NAILS		PLUS ZINC	209
GLEOSTINE	47	ADVANCED.....	209	HI-D DROP	209
<i>glimepiride</i>	134	HAIR,SKIN AND NAILS(FA-		<i>high potency multivit (w-iron)</i>	
<i>glipizide</i>	134	BIOTIN)	209	.....	209
<i>glipizide-metformin</i>	134	HAIR-SKIN-NAIL(VIT A,C-		HISTEX (TRIPROLIDINE)	
<i>glucose</i> 109, 110, 111, 112, 113		BIOTIN)	209	.....	150
<i>glucose gel</i>	109, 114	HAIR-SKIN-NAILS (MV-FA-		HISTEX PD.....	151
GLUTAMINE	111	BIOTIN)	209	HISTEX-DM (PE).....	151
GLUTAMINE (BULK).....	111	<i>halobetasol propionate</i>	120	HIZENTRA	40
<i>glutamine (sickle cell)</i>	110	<i>haloperidol</i>	76	<i>honey bears multivitamin</i> ...	209
GLUTATHIONE (BULK).112		<i>haloperidol decanoate</i>	77		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 134	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 135	<i>ibuprofen</i>.....66, 67
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 134	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN..... 135	<i>ibuprofen ib</i> .....66
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 134	HYCODAN 151	<i>ibuprofen jr strength</i>.....67
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 134	HYCODAN (WITH HOMATROPINE)..... 151	<i>ibutilide fumarate</i> .....13
HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN 134	<i>hydralazine</i> 18	ICAR.....209
HUMALOG U-100 INSULIN 134	<i>hydralyte</i> 175	<i>icatibant</i> .....160
HUMIRA (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... 138	HYDRASYN25 125	ICLUSIG .....47
HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... 138	<i>hydrochlorothiazide</i> 18	<i>icosapent ethyl</i> .....14
HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... 138	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 59	<i>idarubicin</i> .....47
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074)..... 138	<i>hydrocodone-</i> <i>chlorpheniramine</i> 151	IDEAL BOWEL SUPPORT 35
HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074)..... 139	<i>hydrocodone-homatropine</i> . 151	IDHIFA.....47
HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074)..... 139	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....60	<i>iferex 150</i> .....209
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 134	<i>hydrocortisone</i>.....27, 28, 120, 121, 130	<i>iferex 150 forte</i> .....209
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 135	<i>hydrocortisone acetate</i> 120	<i>ifosfamide</i> .....47
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 135	<i>hydrocortisone plus</i> 121	ILARIS (PF) .....38
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 135	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...87	<i>imatinib</i>.....47, 48
HUMULIN R REGULAR U- 100 INSULN 135	<i>hydrocortisone-aloe vera</i> ... 121	IMBRUVICA .....48
	<i>hydrolatum</i> 125	IMDELLTRA .....48
	<i>hydromet</i> 151	IMFINZI .....48
	<i>hydromorphone</i> .....60	<i>imipenem-cilastatin</i> .....3
	<i>hydromorphone (pf)</i>.....60	<i>imipramine hcl</i>.....77
	HYDROPHILIC PETROLATUM 125	<i>imiquimod</i> 125
	HYDROPHOR 125	IMJUDO .....48
	HYDROUS EMULSIFIED BASE..... 125	IMKELDI .....48
	<i>hydroxocobalamin</i> .....209	IMMUNE SUPPORT .....187
	HYDROXOCOBALAMIN (BULK) .....209	IMOVAX RABIES VACCINE (PF) .....40
	<i>hydroxychloroquine</i>.....3	IMVEXXY MAINTENANCE PACK .....90
	<i>hydroxyurea</i>.....47	IMVEXXY STARTER PACK.....90
	<i>hydroxyzine hcl</i> 151	INBRIJA .....58
	HYPERHEP B.....40	<i>incassia</i> .....90
	HYPERHEP B NEONATAL.....40	INCRELEX .....111
	I	<i>indapamide</i> .....18
	<i>ibandronate</i> 140, 141	INFANRIX (DTAP) (PF).....40
	IBRANCE .....47	<i>infant pain reliever</i> .....68
	IBTROZI .....47	<i>infants gas relief</i> .....26, 28
	<i>ibu</i>.....67	<i>infant's ibuprofen</i>.....66, 67
		<i>infants' pain and fever</i> ....67, 68
		<i>infants' pain relief</i>.....67, 68
		<i>infants simethicone</i> .....28
		INFANT-TODDLER MULTIVIT .....209

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

INFANT-TODDLER		
MULTIVITAMIN.....	209	
<i>infant-toddler multivit-iron</i>	209	
INFED.....	210	
INFUVITE PEDIATRIC.....	210	
INGREZZA.....	84	
INGREZZA INITIATION		
PK(TARDIV).....	84	
INGREZZA SPRINKLE.....	84	
INJECTAFER.....	210	
INLYTA.....	48	
INPEFA.....	135	
INQOVI.....	48	
INREBIC.....	48	
INSECT REPELLENT		
(DEET).....	123	
INSECT REPELLENT		
(PICARIDIN).....	125	
INSULIN LISPRO.....	135	
INSULIN SYRINGE-		
NEEDLE U-100.....	165	
INTEGRA F.....	210	
INTEGRA PLUS.....	210	
INTELENCE.....	6	
INTESTINEX.....	187	
<i>intralipid</i>	187	
<i>introvale</i>	88	
INVEGA HAFYERA.....	77	
INVEGA SUSTENNA.....	77	
INVEGA TRINZA.....	77, 78	
INVELTYS.....	93	
IPOL.....	40	
<i>ipratropium bromide</i>	85, 160	
<i>ipratropium-albuterol</i>	160	
<i>irbesartan</i>	18	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		
.....	18	
<i>irinotecan</i>	48	
<i>iron</i>	208, 210	
<i>iron (ferrous sulfate)</i> .	198, 204,	
210		
<i>iron chews</i>	210	
<i>iron folate plus</i>	210	
IRONUP.....	210	
IROSPAN 24/6.....	210	
IS-D-10,000.....	210	
ISENTRESS.....	6	
ISENTRESS HD.....	6	
<i>isibloom</i>	88	
ISOLEUCINE (BULK).....	188	
ISOLYTE S PH 7.4.....	187	
ISOLYTE-P IN 5 %		
DEXTROSE.....	187	
ISOLYTE-S.....	187	
<i>isoniazid</i>	3	
<i>isosorbide dinitrate</i>	16	
<i>isosorbide mononitrate</i>	16	
<i>isosorbide-hydralazine</i>	18	
<i>isotretinoin</i>	130	
<i>isradipine</i>	18	
ISTODAX.....	48	
<i>itch relief</i>	125	
ITCH RELIEF.....	125	
ITOVEBI.....	48	
<i>itraconazole</i>	2	
<i>ivabradine</i>	14	
<i>ivermectin</i>	3, 121	
<i>i-vite</i>	210	
IWILFIN.....	48	
IXEMPRA.....	48	
IXIARO (PF).....	40	
J		
JAKAFI.....	48	
<i>jantoven</i>	21	
JANUMET.....	135	
JANUMET XR.....	135	
JANUVIA.....	135	
JARDIANCE.....	135	
<i>jasmiel (28)</i>	88	
JAYPIRCA.....	48, 49	
JEMPERLI.....	49	
<i>jencycla</i>	90	
JENTADUETO.....	135	
JENTADUETO XR.....	135	
JEVTANA.....	49	
<i>jinteli</i>	90	
<i>jock itch (terbinafine)</i>	117	
<i>jolessa</i>	88	
JOURNAVX.....	68	
JUBBONTI.....	141	
<i>juleber</i>	88	
JULUCA.....	6	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-		
PROBIOTIC.....	210	
JYLAMVO.....	49	
JYNNEOS (PF).....	40	
K		
KADCYLA.....	49	
KALA.....	35	
KALETRA.....	6	
<i>kalliga</i>	88	
KALYDECO.....	160	
KANUMA.....	132	
<i>kariva (28)</i>	88	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	88	
KERADAN.....	125	
KERENDIA.....	18	
KESIMPTA PEN.....	84	
<i>ketoconazole</i>	2, 117	
KETO-DIASTIX.....	135	
KETONE CARE.....	133	
<i>ketorolac</i>	92	
<i>ketotifen fumarate</i>	94	
KEYTRUDA.....	49	
KHAPZORY.....	41	
KIDS' GUMMY.....	198	
KIDS MULTI ZERO.....	210	
KIMMTRAK.....	49	
KIMONO LUBRICATED		
CONDOMS.....	165	
KIMONO MICROTHIN		
AQUA LUBE CON.....	165	
KIMONO MICROTHIN		
CONDOMS.....	165	
KIMONO MICROTHIN		
LARGE CONDOMS.....	165	
KIMONO TEXTURED		
CONDOMS.....	165	
KIMONO THIN		
LUBRICATED CONDOMS		
.....	165	
<i>kinderlyte</i>	175, 176	
KINRIX (PF).....	40	
<i>kionex (with sorbitol)</i>	111	
KISQALI.....	49	

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

KISQALI FEMARA CO- PACK	49	<i>lapatinib</i>	49	<i>lice treatment</i>	121
<i>klayesta</i>	117	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	88	<i>lidocaine</i>	126
<i>klor-con 10</i>	176	<i>larin 1/20 (21)</i>	88	<i>lidocaine (pf)</i>	13, 125
<i>klor-con 8</i>	176	<i>larin 24 fe</i>	88	<i>lidocaine hcl</i>	126
<i>klor-con m10</i>	176	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	88	<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i>	13
<i>klor-con m15</i>	176	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	88	<i>lidocaine viscous</i>	126
<i>klor-con m20</i>	176	<i>latanoprost</i>	93	<i>lidocaine-epinephrine</i>	126
<i>klor-con oral packet 20</i>	176	<i>laxative (bisacodyl)</i>	26, 28	<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i> ..	126
<i>klor-con/ef</i>	176	<i>laxative (sennosides)</i>	28	<i>lidocaine-prilocaine</i>	126
KOSELUGO	49	LAZCLUZE	49	<i>lidocan iii</i>	126
<i>kourzeq</i>	85	L-CITRULLINE.....	188	<i>lidocan iv</i>	126
K-PAX IMMUNE SUPPORT	210	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	6	<i>lidocan v</i>	126
K-PHOS NO 2.....	168	<i>leflunomide</i>	139	LILETTA.....	91
K-PHOS ORIGINAL	168	<i>lenalidomide</i>	49	<i>lincomycin</i>	3
KRAZATI	49	LENVIMA.....	49, 50	<i>linezolid</i>	3
<i>kurvelo (28)</i>	88	<i>lessina</i>	88	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	3
KYPROLIS	49	<i>letrozole</i>	50	<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	4
L		<i>leucovorin calcium</i>	41	LINZESS	28
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	88	LEUKERAN	50	<i>liothyronine</i>	131
<i>l.acidophilus-bifido.longum</i> .	33	<i>leuprolide</i>	50	LIP BALM BASE (BULK)	126
<i>labetalol</i>	18	<i>levetiracetam</i>	71	LIQ-10	188
<i>lacosamide</i>	71	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	71	LIQUID CALCIUM WITH VITAMIN D.....	176
<i>lactated ringers</i>	114, 176	<i>levobunolol</i>	93	<i>liquid multivitamin</i>	210
<i>lactobac acidoph-fructooligos</i>	33	<i>levocarnitine</i>	111	<i>lisinopril</i>	18
<i>lactobacillus acidophilus</i> ... 183, 184, 189, 190		LEVOCARNITINE (BULK)	111	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	18
LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS	183, 190	<i>levocarnitine (with sugar)</i> ..	111	L-ISOLEUCINE.....	188
LACTOBACILLUS ACIDOPH-L.BULGAR	187, 188	<i>levocetirizine</i>	151	<i>lithium carbonate</i>	78
LACTOSE (BULK)	111	<i>levofloxacin</i>	12, 92	<i>lithium citrate</i>	78
<i>lactulose</i>	28	<i>levofloxacin in d5w</i>	12	<i>little remedies</i>	85
<i>lamivudine</i>	6	<i>levoleucovorin calcium</i>	41	LIVTENCITY	7
<i>lamivudine-zidovudine</i>	6	<i>levonest (28)</i>	88	<i>lohist - d</i>	151
<i>lamotrigine</i>	71	<i>levonorgestrel</i>	88	<i>lohist-dm</i>	151
LANOLIN (HPA)	125	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	88	LOKELMA.....	112
<i>lanreotide</i>	49	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	88	LOLLIBASE	112
<i>lansoprazole</i>	36, 37	<i>levora-28</i>	88	LONSURF	50
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	135	<i>levo-t</i>	131	<i>loperamide</i>	35
LANTUS U-100 INSULIN	135	<i>levothyroxine</i>	131	LOPERAMIDE	35
		<i>levoxyl</i>	131	<i>lopinavir-ritonavir</i>	7
		L-GLUTAMINE	111	LOQTORZI	50
		LIBTAYO	50	<i>loratadine</i>	144, 148, 151
		<i>lice killing</i>	121	<i>loratadine-d</i>	151
		<i>lice killing (permethrin)</i>	121		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>lorazepam</i>	78	M		MAXICHLOR PEH DM....	152
<i>lorazepam intensol</i>	78	MACULAR HEALTH		MAXI-DEET	126
LORBRENA	50	FORMULA	211	MAXIFED	152
LORTUSS LQ.....	151	<i>macuvite eye care</i>	211	MAXIFED TR.....	152
<i>loryna</i> (28).....	88	<i>mag 64</i>	176	MAXIMIN PACK(WITH	
<i>losartan</i>	18	MAG-AL	28	LYCOPENE).....	211
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>mag-al plus</i>	28	MAXIMUM D3.....	211
.....	18	<i>mag-al plus extra strength</i>	28	<i>maxi-tuss ac</i>	152
<i>loteprednol etabonate</i>	93	MAG-DELAY	176	MAXI-TUSS CD.....	152
<i>lovastatin</i>	14, 15	<i>mag-g</i>	176	<i>maxi-tuss g</i>	152
<i>low-ogestrel</i> (28)	88	<i>magnesium chloride</i>	177	<i>maxi-tuss gmx</i>	152
<i>loxapine succinate</i>	78	MAGNESIUM CHLORIDE		MAXI-TUSS JR	152
<i>lo-zumandimine</i> (28)	88	.....	176	MAXI-TUSS PE.....	152
<i>lubiprostone</i>	28	MAGNESIUM CHLORIDE		MAXI-TUSS PE JR	152
<i>lubricant eye (pg-peg 400)</i> ..	94,	(BULK)	176	<i>maxi-tuss pe max</i>	152
95		<i>magnesium citrate</i>	26, 27	<i>maxi-tuss tr</i>	152
LUBRICANT EYE (PG-PEG		MAGNESIUM CITRATE .	177	<i>m-dryl</i>	152
400)(PF)	94, 97	<i>magnesium gluconate</i>	177	<i>meclizine</i>	28
LUBRICANT EYE (PROPYL		MAGNESIUM GLUCONATE		MEDI-LYTE	177
GLYCOL)	94	.....	177	<i>medroxyprogesterone</i>	90
<i>lubricant eye drops</i>	94	<i>magnesium hydroxide</i>	29	<i>mefloquine</i>	4
LUMAKRAS	50	MAGNESIUM L-LACTATE		MEGA BIOTIN.....	211
LUMIGAN	93	.....	28	<i>mega multi for women</i> 208,	211
LUMIZYME	132	<i>magnesium oxide</i> .28, 174, 176,		<i>mega multivitamin for men</i> 208,	
LUNSUMIO.....	50	177		211	
LUPRON DEPOT	50	MAGNESIUM OXIDE.....	28,	MEGAVITE	211
<i>lurasidone</i>	78	175, 176, 177		<i>megestrol</i>	50
<i>lurbiro</i>	68	<i>magnesium sulfate</i>	177	MEKINIST	51
<i>lutera</i> (28).....	88	MAGNESIUM SULFATE IN		MEKTOVI.....	51
L-VALINE	188	D5W	177	<i>meleya</i>	90
<i>lyleq</i>	90	<i>magnesium sulfate in water</i> 177		<i>meloxicam</i>	68
<i>lyllana</i>	90	MAGOX.....	177	<i>melphalan hcl</i>	51
LYNOZYFIC	50	MAGTAB.....	28	<i>memantine</i>	84
LYNPARZA.....	50	<i>malathion</i>	121	<i>memantine-donepezil</i>	84
LYSINE HCL (BULK)	188	<i>mannitol 20 %</i>	18	MEN 50 PLUS ADVANCED	
<i>lysiplex plus</i>	210	<i>mannitol 25 %</i>	18	ONE DAILY	198
LYSODREN.....	50	<i>mapap (acetaminophen)</i>	68	<i>men 50 plus multivitamin</i>	211
LYTGOBI	50	<i>mapap cold formula</i>	151	M-END DMX.....	152
LYUMJEV KWIKPEN U-100		<i>maraviroc</i>	7	MENQUADFI (PF)	40
INSULIN	135	MAR-COF CG	151	MEN'S 50 PLUS DAILY	
LYUMJEV KWIKPEN U-200		<i>marlissa</i> (28).....	88	FORMULA.....	211
INSULIN	135	MARPLAN	78	MEN'S 50 PLUS	
LYUMJEV U-100 INSULIN		MATULANE.....	50	MULTIVITAMIN	211
.....	135	<i>matzim la</i>	18	MEN'S DAILY	211
<i>lyza</i>	90	MAVYRET	7		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

MEN'S DAILY FORMULA	211	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	18	MINI WRIGHT PEAK FLOW	
MEN'S DAILY GUMMIES	198	<i>metoprolol tartrate</i>	18	METER.....	165
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES	211	<i>metro i.v.</i>	4	<i>minocycline</i>	12
MEN'S ONE DAILY .	198, 203	<i>metronidazole</i>	4, 91, 130	<i>minoxidil</i>	19
MEN'S PACK	211	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	<i>mintox maximum strength</i>	29
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	40	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	<i>mintox plus</i>	29
MEPSEVII	132	<i>metyrosine</i>	18	<i>miostat</i>	93
<i>mercaptapurine</i>	51	<i>mexiletine</i>	13	<i>mirabegron</i>	168
MERIBIN	211	<i>mgo</i>	178	<i>mirtazapine</i>	78
<i>meropenem</i>	4	<i>micafungin</i>	2	<i>misoprostol</i>	37
<i>mesalamine</i>	28, 29	MICLARA DM	152	<i>mitomycin</i>	51
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	29	MICLARA LQ	152	<i>mitoxantrone</i>	51
<i>mesna</i>	41	<i>miconazole nitrate</i>	91, 117	M-M-R II (PF).....	40
MESNEX	41	MICONAZOLE NITRATE 91, 117		<i>modafinil</i>	78
<i>metformin</i>	135, 136	<i>miconazole-3</i>	91	MODEYSO	51
<i>methadone</i>	60	<i>miconazole-7</i>	91	<i>moexipril</i>	19
<i>methadone intensol</i>	60	<i>miconazorb af</i>	117	MOISTURIZING CREAM	124, 126
<i>methadose</i>	60	MICROCHAMBER	165	<i>molindone</i>	78
<i>methazolamide</i>	93	MICRODERM BASE CREAM.....	126	<i>mometasone</i>	121, 160
<i>methenamine hippurate</i>	2	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	88	<i>mondoxyne nl</i>	12
<i>methenamine mandelate</i>	2	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	88	MONJUVI	51
<i>methimazole</i>	130	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	88	MONOCAPS	211
METHOCEL E 4 M	95	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	88	MONOFERRIC	211
<i>methotrexate sodium</i>	51	MICROLIFE PEAK FLOW METER	165	<i>mono-lyyah</i>	88
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	51	MICROSOME BASE CREAM	126	<i>montelukast</i>	160
<i>methoxsalen</i>	126	MICROSPACER.....	165	MOOD FOOD	188
<i>methsuximide</i>	71	<i>midodrine</i>	112	MOOD FOOD ES	188
<i>methylcellulose 1500cps (bulk)</i>	112	MIEBO (PF)	95	MORE-DOPHILUS	188
METHYLCELLULOSE 4000CPS (BULK)	112	<i>mifepristone</i>	91, 132	<i>morphine</i>	60, 61
<i>methylergonovine</i>	91	<i>mili</i>	88	<i>morphine (pf)</i>	60
<i>methylphenidate hcl</i>	78	<i>milk of magnesia</i>	29, 30	<i>morphine concentrate</i>	60
<i>methylprednisolone</i>	130	<i>milk of magnesia concentrated</i>	29	<i>motion sickness</i>	26
<i>methylprednisolone acetate</i>	130	<i>milophene</i>	132	<i>motion sickness (meclizine)</i> ..	26
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	131	<i>milrinone</i>	14	<i>motion sickness relief</i>	29
<i>metoclopramide hcl</i>	29	<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	14	<i>motion sickness relief(mecliz)</i>	29
<i>metolazone</i>	18	<i>mimvey</i>	90	<i>motion-time</i>	29
<i>metoprolol succinate</i>	18	<i>mineral oil</i>	26, 29	MOUNJARO	136
		<i>minerin creme</i>	126	<i>moxifloxacin</i>	12, 92
		MINERIN CREME	126	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	12
				MRESVIA (PF)	40
				<i>mucinex</i>	152
				MUCINEX	152

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

MUCINEX COLD,FLU,SORE THROAT.....	152	MUCINEX SINUS-MAX PRESSURE-CGH	154	MULTIVIT-MIN-FOLIC ACID-LUTEIN.....	212
MUCINEX COLD-FLU HBP	152	MUCINEX SINUS-MAX SEV CONGESTN.....	154	<i>multivit-min-iron fum-folic ac</i>	212
<i>mucinex cough-chest congest hb</i>	152	<i>mucus dm</i>	148, 154	<i>mupirocin</i>	115
<i>mucinex d</i>	152	<i>mucus dm max er</i>	148, 154	MURO 128	95
<i>mucinex d maximum strength</i>	152	<i>mucus relief</i>	154, 155	MVW COMPLETE FORMUL MULTIVIT	212
<i>mucinex dm</i>	152	<i>mucus relief d (pseudoephed)</i>	154	MVW COMPLETE FORMUL PEDIATRIC	212
MUCINEX DM.....	152	<i>mucus relief dm cough</i>	154	MVW COMPLETE FORMULATION D3000	212
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU	153	<i>mucus relief dm max</i>	154	MVW COMPLETE FORMULATION D5000	212
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT	153	<i>mucus relief er</i>	148, 149, 154	MVW COMPLETE FORMUL MULTIVIT ...	212
MUCINEX FAST-MAX COLD-NGHTSHFT	153	MUCUS RELIEF ER	154	MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT	212
MUCINEX FAST-MAX CONGEST-COUGH.....	153	<i>mucus relief pe</i>	154	MX-SOL	112
MUCINEX FAST-MAX CONG-HA (DM)	153	MUCUS-ER MAX	148	MX-SOL BLEND	98
MUCINEX FAST-MAX CONG-NGHTSHFT	153	MULTAQ	13	MX-SOL BLEND SF	98
MUCINEX FAST-MAX DAY-NT(DOXYL).....	153	<i>multi complete with iron</i>	211	MX-SOL SF	112
<i>mucinex fast-max dm max</i> ..	153	<i>multi for her</i>	211	MX-SOL SUSPEND	98
MUCINEX FAST-MAX DM NIGHTSHIFT	153	MULTI FOR HER.....	211	<i>my choice</i>	88
MUCINEX NIGHTSHFT SEVR CLD-FLU	153	MULTI FOR HER 50 PLUS	211	<i>my way</i>	88
MUCINEX NIGHTSHIFT COLD-FLU	153	MULTI VITAMIN	212	<i>mycophenolate mofetil</i>	51
MUCINEX NIGHTSHIFT SINUS	153	<i>multiple vitamin-minerals</i> ..	211	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .	51
<i>mucinex sinus-max</i>	86	<i>multiple vitamins</i>	211	<i>mycophenolate sodium</i>	51
MUCINEX SINUS-MAX CNG-PAIN(DM).....	153	MULTISTIX 10 SG	136	MYFEMBREE	91
MUCINEX SINUS-MAX CNG-PAIN(GG)	154	<i>multivit with min-folic acid</i> .	201	MYHIBBIN	51
MUCINEX SINUS-MAX DAY-NIGHT	154	MULTIVIT WITH MIN-FOLIC ACID.....	212	MYLOTARG	51
MUCINEX SINUS-MAX DY-NT (DXYL).....	154	MULTIVIT,CALC,MIN-FA-K1-LYCOP.....	214	MYRBETRIQ.....	168
MUCINEX SINUS-MAX NIGHTSHIFT	154	<i>multivitamin</i>	212	N	
		MULTIVITAMIN GUMMIES	212	<i>nabumetone</i>	68
		<i>multivitamin with folic acid</i> ..	211	<i>nadolol</i>	19
		<i>multivitamin with iron</i>	211	<i>nafcillin</i>	11
		<i>multivitamin women 50 plus</i>	212	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> .	11
		<i>multi-vitamins with iron</i>	212	<i>naftifine</i>	117
		MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS.....	212	NAGLAZYME	132
		MULTI-VITE	212	<i>nalbuphine</i>	68
		MULTIVIT-MIN-FERROUS FUMARATE	212	<i>naloxone</i>	68
		MULTIVIT-MIN-FERROUS GLUCONATE.....	212	<i>naltrexone</i>	68
				NAMZARIC.....	84

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

NANO VM 1-3.....	212	<i>neo-polycin hc</i>	93	<i>nilutamide</i>	51
NANO VM 4-8.....	212	NEOQ10	98	<i>nimodipine</i>	19
NANOVM 9-18.....	213	NEO-SYNEPHRINE		NINJACOF-A.....	155
NANOVM T-F	213	(PHENYLEPHRINE).....	86	NINJACOF-XG.....	155
<i>naproxen</i>	68	<i>nephplex rx</i>	213	NINLARO	52
<i>naproxen sodium</i>	66, 67, 68	NEPHRO VITAMINS	213	<i>nitazoxanide</i>	4
<i>naratriptan</i>	82	NEPHRON FA	213	<i>nitisinone</i>	112
NASADROPS	86	<i>nephronex</i>	213	<i>nitro-bid</i>	16
<i>nasal decongestant (pe)</i>	148, 154	NERLYNX.....	51	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	2
<i>nasal decongestant</i>		NEUPRO	58	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	
(<i>pseudoeph</i>) ...	148, 149, 154, 155, 156	NEUTROGENA HAND ...	126	<i>cryst</i>	2
<i>nasal four</i>	85, 86	<i>nevirapine</i>	7	<i>nitroglycerin</i>	16, 29
NASAL FOUR	85	<i>new day</i>	89	<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>	
<i>nasal mist</i>	86	NEXLETOL	15	.....	16
NASAL MIST	85	NEXLIZET	15	NIVANEX DMX.....	155
<i>nasal moisturizing</i>	85	NEXPLANON.....	91	NIVESTYM	38
<i>nasal spray (oxymetazoline)</i> 85,		<i>niacin</i>	15	<i>nizatidine</i>	37
86		NIACIN	15	<i>no drip</i>	85, 86
<i>nasal spray (sodium chloride)</i>		<i>niavasc</i>	15	<i>nohist-dm</i>	155
.....	85	<i>niavasc 750</i>	15	<i>non-aspirin pain relief</i>	68
<i>nasal spray</i>		<i>nicardipine</i>	19	<i>nora-be</i>	90
<i>12hr(oxymetazoline</i>	86	NICODERM CQ	100	NOREL AD	155
NASCOBAL	213	NICOMIDE (SELENIUM-		<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	
NASOGEL	86	CHROMIUM)	213	.....	91
NATACYN	92	NICORETTE.....	100, 101	<i>norepinephrine bitartrate</i>	14
<i>nateglinide</i>	136	<i>nicotinamide (with chromium)</i>		<i>norethindrone (contraceptive)</i>	
NATRAPEL	126	.....	213	.....	90
<i>natura-lax</i>	31	<i>nicotine</i>	99, 101, 102	<i>norethindrone acetate</i>	90
NAYZILAM.....	71	<i>nicotine (polacrilex)</i>	99, 100, 101, 102	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	
<i>nebivolol</i>	19	NICOTINE (POLACRILEX)		.....	89, 90
<i>nefazodone</i>	78	.....	99, 100, 101, 102	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	
<i>nelarabine</i>	51	NICOTROL NS.....	102	.....	89
<i>neomycin</i>	4	<i>nifedipine</i>	19	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	89
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 93		<i>night time cold and flu relief</i>		<i>nortrel 1/35 (21)</i>	89
<i>neomycin-bacitracin-</i>		.....	154	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	89
<i>polymyxin</i>	92	NIGHT TIME COLD AND		<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	89
<i>neomycin-polymyxin b gu</i> ... 114		FLU RELIEF	154	<i>nortriptyline</i>	78
<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>nighttime cold-flu</i>	149, 155	NORVIR.....	7
<i>dexameth</i>	93	NIGHTTIME COLD-FLU .	155	NOVAFERRUM ALL GOOD	
<i>neomycin-polymyxin-</i>		NIGHTTIME COLD-FLU		.....	213
<i>gramicidin</i>	92	RELIEF	149	NOVAFERRUM WOW.....	213
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .. 87, 93		<i>nighttime cough</i>	155	NOVAFERRUM YUMMY	
<i>neo-polycin</i>	92	<i>nikki (28)</i>	89	PEDIATRIC	213
		<i>nilotinib hcl</i>	51		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

NOVAMV MMM		
PEDIATRIC MULTIVIT		
.....	213	
NUBEQA	52	
NUCALA	160, 161	
NUEDEXTA	84	
NU-IRON	213	
NULOJIX	52	
numbcream	126	
NUPLAZID	78	
NURTEC ODT	82	
nyamyc	117	
nystatin	2, 117	
nystatin-triamcinolone	117	
nystop	117	
NYVEPRIA	38	
O		
octreotide acetate	52	
octreotide,microspheres	52	
OCULAR VITAMINS	213	
ocutabs	213	
OCUVITE ADULT 50 PLUS		
.....	213	
OCUVITE EYE HEALTH.213		
OCUVITE EYE PLUS MULTI		
.....	213	
OCUVITE LUTEIN AND		
ZEAXANTHIN	213	
OCUVITE WITH LUTEIN213		
ODEFSEY	7	
ODOMZO	52	
OFEV	161	
OFF ACTIVE	126	
OFF DEEP WOODS	126	
OFF DEEP WOODS DRY 127		
OFF DEEP WOODS		
SPORTSMEN	127	
OFF FAMILYCARE (WITH		
DEET)	127	
OFF FAMILYCARE(WITH		
PICARIDIN)	127	
ofloxacin	87, 92	
OGSIVEO	52	
OJEMDA	52	
OJJAARA	52	
olanzapine	78	
olmesartan	19	
olmesartan-amlodipin-		
hcthiazid	19	
olmesartan-		
hydrochlorothiazide.....	19	
omega 3-dha-epa-fish oil...185,		
186, 188, 189		
OMEGA 3-DHA-EPA-FISH		
OIL	185, 186, 187, 188	
OMEGA MONOPURE.....	188	
OMEGA MONOPURE DHA		
EC	188	
OMEGA-3	188	
omega-3 acid ethyl esters	15	
omega-3 fatty acids-fish oil		
.....	185, 186, 188, 189	
OMEGA-3 FATTY ACIDS-		
FISH OIL.....	186, 189	
OMEGA-3 FISH OIL.188, 189		
OMEGA-3S-DHA-EPA-		
ALGAL OIL.....	190	
OMEGA-3S-DHA-EPA-FISH		
OIL	185, 186, 187, 189	
OMEGAPURE 900-TG	189	
OMEGAPURE-600 EC.....	189	
OMEGAPURE-780 EC.....	189	
OMEGAPURE-820.....	189	
OMEGAPURE-900 EC.....	189	
omeprazole	36, 37, 38	
omeprazole magnesium ..36, 37		
OMERA.....	189	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2		
PLUS).....	165	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		
KT(GEN5).....	165	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		
(GEN 5)	165	
OMNIPOD 5		
INTRO(G6/LIBRE2PLUS)		
.....	166	
OMNIPOD DASH INTRO		
KIT (GEN 4)	166	
OMNIPOD DASH PODS		
(GEN 4)	166	
OMNITROPE.....	38	
ONCASPAR.....	52	
ONCOVITE.....	213	
ondansetron	29	
ondansetron hcl	29	
ondansetron hcl (pf)	29	
ONE A DAY MEN		
COMPLETE	215	
one daily	214	
one daily calcium/iron	214	
one daily complete	213	
one daily essential	198, 213	
ONE DAILY ESSENTIAL 213		
one daily for men	213	
ONE DAILY FOR MEN....214		
one daily for men 50 plus adv		
.....	213	
one daily for women	214	
ONE DAILY HEALTHY		
WEIGHT	214	
one daily maximum	214	
one daily men's 50 plus		
memory	214	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS		
W-D3	203, 214	
ONE DAILY MEN'S		
HEALTH	198	
one daily multi-vit w-mineral		
.....	214	
one daily multivitamin 214, 215		
ONE DAILY		
MULTIVITAMIN	214	
ONE DAILY		
MULTIVITAMIN-IRON		
.....	215	
one daily multivit-iron(folic)		
.....	214	
one daily women 50 plus ....214		
ONE DAILY WOMEN 50		
PLUS	214	
ONE DAILY WOMEN 50		
PLUS(VIT K)	198	
ONE DAILY WOMEN'S ..198,		
214		
one daily womens 50 plus...214		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

ONE DAILY WOMEN'S METABOLISM	214	<i>onelax senna</i>	30	ORAZINC	178
ONE-A-DAY ENERGY ...	214	ONE-PER-DAY OMEGA-3	188	ORENCIA	139
<i>one-a-day essential</i>	214	ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN	215	ORENCIA (WITH MALTOSE).....	139
ONE-A-DAY KID'S	214	ONIVYDE.....	52	ORENCIA CLICKJECT	139
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES.....	214	ONUREG	52	ORGOVYX	52
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA	214	<i>opcicon one-step</i>	89	ORKAMBI	161
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS	214	OPDIVO	52	<i>orquidea</i>	90
ONE-A-DAY MEN'S 50PLUS(GINKGO).....	215	OPDIVO QVANTIG.....	52	ORSERDU	53
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE.....	215	OPDUALAG	52	<i>oseltamivir</i>	7
ONE-A-DAY MEN'S MULTIVITAMIN	215	OPIPZA	78, 79	<i>osmitrol 20 %</i>	19
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS	215	<i>opium tincture</i>	35	OSTEOPRIME PLUS CALC-MAGNESIUM	216
<i>one-a-day teen advantage</i> ..	215	OPSUMIT	161	OTEZLA.....	139
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES.....	215	OPSYNVI.....	161	OTEZLA STARTER.....	139
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES.....	215	OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK	166	OTEZLA XR	139
ONE-A-DAY VITACRAVES	215	OPTICHAMBER DIAMOND VHC.....	166	OTEZLA XR INITIATION	139
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	215	OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK	166	OVEGA-3	189
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	215	OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK	166	OVIDREL.....	132
ONE-A-DAY WEIGHTSMART	215	<i>optimal d3</i>	216	<i>oxacillin</i>	11
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES.....	215	OPTIMAL D3 M.....	216	<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	11
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS	215	<i>option-2</i>	89	<i>oxaliplatin</i>	53
ONE-A-DAY WOMEN'S ACTIVE	215	<i>optivite p.m.t.</i>	216	<i>oxaprozin</i>	68
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE.....	215	OPURITY MULTIVITAMIN	216	<i>oxcarbazepine</i>	71
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN.....	215	ORA-BLEND	98	OXERVATE.....	95
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES	215	ORA-BLEND SF	112	<i>oxybutynin chloride</i>	169
ONE-DAILY MULTI	215	ORACIT	168	<i>oxycodone</i>	61
		ORAL MIX	112	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	61
		ORAL MIX SF	99	OXYCONTIN	61
		ORAL SUSPEND	112	OXYTROL FOR WOMEN	169
		ORAL SYRUP	112	<i>oysco 500/d</i>	178
		ORAL SYRUP SF	112	<i>oyster shell calcium 500</i>	178
		<i>oralone</i>	86	<i>oyster shell calcium-vit d3</i> ..	178
		ORAPENN SD SWEETENED	112	OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D3.....	178
		ORAPENN SD UNSWEETENED	112	OZEMPIC.....	136
		ORA-PLUS	99	OZURDEX	93
		<i>ora-sweet</i>	112	P	
		ORA-SWEET SF	112	<i>pacerone</i>	13
				<i>paclitaxel</i>	53
				<i>paclitaxel protein-bound</i>	53
				PADCEV	53

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>pain relief (acetaminophen)</i> 66, 67, 68	PEDIATRIC	<i>pharbedryl</i> .....155
<i>pain relief es (acetaminophen)</i> .....66, 68	MULTIVITAMIN NO.171 .....216	<i>pharbetol</i>.....68
<i>pain reliever es(acetaminophn)</i> .....66	PEDIATRIC PANDA MASK .....166	PHARMABASE.....127
<i>paliperidone</i> .....79	PEDIATRIC POLY-VITE .216	PHARMABASE COSMETIC .....127
<i>palonosetron</i>.....30	PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON.....216	PHARMABASE LIGHT ....127
<i>pamidronate</i> .....132	PEDIATRIC TRI-VITE ....216	PHARMABASE NATURAL .....127
PANDA MASK.....166	PEDIAVANCE .....179	PHARMABASE VAGINAL .....127
PANRETIN .....127	PEDVAX HIB (PF).....40	PHAZYME.....30
<i>pantoprazole</i>.....38	<i>peg 3350-electrolytes</i> .....30	<i>phenelzine</i> .....79
<i>paricalcitol</i> .....132	PEGASYS .....38	<i>phenobarbital</i> .....71, 72
<i>paroxetine hcl</i>.....79	PEGBLEND .....112	<i>phenobarbital sodium</i>.....72
PARVLEX .....216	<i>peg-electrolyte</i> .....30	<i>phentolamine</i> .....19
PAVBLU.....95	PEMAZYRE .....53	PHENYLEPHRINE-DM- GUAIFENESIN.....146
PAXLOVID .....7	<i>pemetrexed disodium</i> .....53	<i>phenytoin</i> .....72
<i>pazopanib</i> .....53	PEN NEEDLE, DIABETIC166	<i>phenytoin sodium</i>.....72
PCCA EMOLLIENT BASE .....127	PENBRAYA (PF) .....40	<i>phenytoin sodium extended</i> ...72
PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS.....99	<i>penciclovir</i> .....119	<i>philith</i>.....89
PEDI MULTIVIT NO.194-IRON SULF .....216	<i>penicillamine</i> .....139	<i>phlexy-vits</i>.....216
<i>pedia d-vite</i>.....216	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE .....11	<i>phos-nak</i> .....179
<i>pedia iron</i> .....216	<i>penicillin g potassium</i>.....11	PHYTOBASE.....127
PEDIA POLY-VITE .....216	<i>penicillin g sodium</i> .....11	PHYTOMULTI .....216
PEDIA POLY-VITE WITH IRON .....216	<i>penicillin v potassium</i>.....11	<i>phytonadione (vitamin k1)</i> ...21, 22
PEDIA TRI-VITE .....216	PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF).....40	PIFELTRO .....7
PEDIACLEAR PD.....155	PENTACEL (PF) .....40	PIKO 1.....166
PEDIA-LAX.....25	<i>pentamidine</i> .....4	<i>pilocarpine hcl</i>.....95, 112
PEDIA-LAX STOOL SOFTENER.....25	<i>pentobarbital sodium</i>.....79	<i>pimecrolimus</i> .....127
<i>pedialyte</i> .....179	<i>pentoxifylline</i> .....21	<i>pimozide</i>.....79
PEDIALYTE ADVANCED CARE .....178	<i>pentravan</i>.....127	<i>pimtrea (28)</i> .....89
<i>pedialyte freezer pops</i>.....179	PENTRAVAN PLUS .....127	<i>pinaway</i>.....4
<i>pedialyte singles</i> .....178, 179	<i>perampanel</i> .....71	<i>pindolol</i>.....19
PEDIARIX (PF) .....40	<i>perindopril erbumine</i>.....19	<i>pink bismuth</i>.....35
<i>pediatric d-vite</i> .....216	<i>periogard</i>.....86	<i>pinworm treatment</i>.....3, 4
<i>pediatric electrolyte</i> ... 175, 178, 179	PERJETA .....53	<i>pioglitazone</i> .....136
	<i>permethrin</i> .....121	<i>piperacillin-tazobactam</i>.....11
	<i>perphenazine</i> .....79	PIQRAY .....53
	PERSONAL BEST FULL RANGE .....166	<i>pirfenidone</i>.....161
	<i>petrolatum</i> .....127	<i>piroxicam</i> .....68
	PFCB .....127	<i>pitavastatin calcium</i>.....15
	<i>pfizerpen-g</i>.....11	PLAN B ONE-STEP .....89
		PLEGRIDY .....38, 39

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

PLENAMINE.....	189	<i>potassium chloride-0.45 %</i>	PREZCOBIX.....	7
<i>plerixafor</i>	39	<i>nacl</i>	PREZISTA	7
POCKET CHAMBER	166	<i>potassium chloride-d5-</i>	PRIFTIN	4
POCKET PEAK FLOW		<i>0.2%nacl</i>	PRIMADOPHILUS	
METER	166	<i>potassium chloride-d5-</i>	ORIGINAL	35
<i>podofilox</i>	127	<i>0.9%nacl</i>	PRIMAQUINE	4
POLIVY	53	<i>potassium citrate</i>	<i>primidone</i>	72
<i>polocaine</i>	127	<i>potassium iodide</i>	PRIMIDONE	72
<i>polocaine-mpf</i>	127	<i>potassium phosphate m-/d-</i>	PRIORIX (PF)	40
POLY BACITRACIN (ZINC)		<i>basic</i>	PRIVIGEN	40
.....	115	<i>potassium, sodium phosphates</i>	PRO COMFORT SPACER-	
<i>polycin</i>	92	.....	ADULT MASK	166
<i>polyethylene glycol 1000(bulk)</i>		POTELIGEO	PRO COMFORT SPACER-	
.....	112	<i>povidone-iodine</i>	CHILD MASK	166
<i>polyethylene glycol 3350</i>	30	PRALATREXATE.....	PRO COMFORT SPACER-	
POLYETHYLENE GLYCOL		<i>pramipexole</i>	INFANT MASK	166
3350(BULK)	112	<i>prasugrel hcl</i>	PRO FE.....	217
POLYETHYLENE GLYCOL		<i>pravastatin</i>	<i>probenecid</i>	140
8000(BULK)	112	<i>praziquantel</i>	<i>probenecid-colchicine</i>	140
<i>poly-iron</i>	216	<i>prazosin</i>	<i>probiotic</i>	189
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>		PRECISION XTRA B-	PROBIOTIC	35
.....	92	KETONE	PROBIOTIC ACIDOPHILUS	
<i>polysaccharide iron complex</i>		<i>prednisolone</i> .....	.....	189
.....	216	<i>prednisolone acetate</i>	PROBIOTIC ACIDOPHILUS-	
POLY-VI-FLOR DROPS ..	216	<i>prednisolone sodium</i>	PECTIN	34, 35
POLY-VI-SOL	216	<i>phosphate</i>	PROBIOTIC	
POLY-VI-SOL WITH IRON		<i>prednisone</i>	DIGEST(L.RHAM,INULN)	
.....	217	<i>prednisone intensol</i>.....	.....	35
POLY-VITA DROPS.....	217	<i>pregabalin</i>	PROBIOTIC GOLD	
POLY-VITA WITH IRON	217	PREMARIN	ACIDOPHILUS	189
POMALYST	53	<i>premasol 10 %</i>	<i>procainamide</i>	13
<i>portia 28</i>	89	PREMPHASE	PRO-CAL	217
<i>posaconazole</i>	2	PREMPRO	PROCARE SPACER WITH	
<i>potassium acetate</i>	179	<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	ADULT MASK	166
POTASSIUM BROMIDE		PRESERVISION AREDS..	PROCARE SPACER WITH	
(BULK)	180	PRESERVISION AREDS 2	CHILD MASK	166
<i>potassium chlorid-d5-</i>		PLUS MV	PROCERV HP.....	217
<i>0.45%nacl</i>	180	PRESERVISION AREDS-2	<i>prochlorperazine</i>	30
<i>potassium chloride</i>	180	.....	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	30
<i>potassium chloride in</i>		PRESERVISION LUTEIN	<i>prochlorperazine maleate oral</i>	
<i>0.9%nacl</i>	180	PRETTY FEET HANDS....	.....	30
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>		PREVACID 24HR	PROCRT	39
.....	180	<i>prevalite</i>	<i>procto-med hc</i>	30
<i>potassium chloride in lr-d5</i>	180	PREVENT	<i>proctosol hc</i>	30
<i>potassium chloride in water</i>	180	PREVYMIS.....	<i>proctozone-hc</i>	30

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>progesterone</i>	91	QUADRACEL (PF)	40	REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF).....	95
<i>progesterone micronized</i>	91	<i>quetiapine</i>	79	REFRESH OPTIVE SENSITIVE (PF).....	95
PROGRAF	53	QUFLORA FE	217	REFRESH PLUS.....	95, 96
PROLASTIN-C.....	113	QUIN B STRONG	217	REFRESH RELIEVA	96
PROLIA	141	<i>quinapril</i>	19	REFRESH RELIEVA PF	96
PROMACTA.....	22	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	19	REFRESH TEARS.....	96
<i>promethazine</i>	155	<i>quinidine sulfate</i>	13	RELENZA DISKHALER	7
<i>promethazine-codeine</i>	155	<i>quinine sulfate</i>	4	RELEUKO	39
<i>promethazine-dm</i>	155	QUINTABS.....	218	RELISTOR	31
<i>propafenone</i>	13	QUINTABS-M.....	218	REMICADE	31
<i>propranolol</i>	19	<i>quintabs-m iron free</i>	218	RENACIDIN	168
PROPYLENE GLYCOL (BULK)	127	QULIPTA	82	<i>renal caps</i>	218
<i>propylthiouracil</i>	130	QVAR REDIHALER.....	161	RENAL VITAMIN	218
PROQUAD (PF)	40	R		RENAPLEX	218
PRORENAL.....	217	RABAVERT (PF)	40	RENAPLEX-D	218
PRORENAL QD	217	RADICAVA ORS	84	<i>rena-vite</i>	218
<i>prosight</i>	217	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP.....	84	<i>rena-vite rx</i>	218
<i>protamine</i>	22	RALDESY.....	79	<i>reno caps</i>	218
PROTECT CARDIO AF...217		<i>raloxifene</i>	141	<i>repaglinide</i>	136
PROTECT IRON LIQUID.217		<i>ramelteon</i>	79	REPATHA.....	16
PROTECT PLUS SO	217	<i>ramipril</i>	19	REPATHA PUSHTRONEX 16	
<i>protriptyline</i>	79	RANGER READY		REPATHA SURECLICK ...	16
PROXEED PLUS.....	217	REPELLENT.....	128	REPEL.....	128
<i>pseudoephedrine hcl</i>	155	<i>ranolazine</i>	14	REPEL 100.....	128
<i>pseudoephedrine-guaifenesin</i>	150	<i>rasagiline</i>	59	REPEL FAMILY.....	128
PULMICORT FLEXHALER	161	<i>ready-to-use enema</i>	24, 32	REPEL HUNTER'S.....	128
PULMOZYME.....	161	READY-TO-USE ENEMA (MIN OIL).....	31, 32	REPEL LEMON EUCALYPTUS	128
PURE COMFORT SPACER- ADULT MASK.....	166	<i>reclipsen (28)</i>	89	REPEL SPORTSMEN	128
PURE L-CITRULLINE	189	RECOMBIVAX HB (PF)	40	REPEL SPORTSMEN DRY	128
PURECOMFORT PEAK FLOW METER.....	167	<i>reese's pinworm medicine</i>	4	REPEL SPORTSMEN MAX	128
PURIXAN	53	REFRESH CELLUVISC	95	REPEL TICK DEFENSE...128	
<i>pyrazinamide</i>	4	REFRESH CLASSIC (PF)...95		<i>replesta</i>	218
<i>pyridostigmine bromide</i>	82	REFRESH DIGITAL	95	REPLESTA NX.....	218
PYRIDOXINE (BULK).....	217	REFRESH DIGITAL PF.....	95	RETACRIT.....	39
<i>pyridoxine (vitamin b6)</i>	199, 217, 219, 222, 223	REFRESH LACRI-LUBE....	95	RETEVMO.....	54
<i>pyrimethamine</i>	4	REFRESH LIQUIGEL.....	95	RETROVIR	7
Q		REFRESH OPTIVE	95	REVLIMID.....	54
QINLOCK.....	54	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	95	<i>revonto</i>	82
<i>q-sorb co q-10</i>	99	REFRESH OPTIVE ADVANCED (PF)	95	REVUFORJ	54
				REXULTI.....	79

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

REYATAZ	7	<i>rydex</i>	156	<i>senna lax</i>	27, 31
REZDIFFRA	113	RYLAZE	54	<i>senna laxative</i>	26, 31
REZLIDHIA	54	RYMED		<i>senna plus</i>	27, 31
REZUROCK	54	(DEXCHLORPHENIRAMI		<i>senna-s</i>	26
RHOPRESSA	93	NE-PE)	156	<i>senna-time s</i>	31
<i>ribavirin</i>	7	<i>rynex dm</i>	156	<i>sennosides</i>	31
RIDAURA	139	<i>rynex pe</i>	156	<i>sennosides-docusate sodium</i>	31
<i>rifabutin</i>	4	<i>rynex pse</i>	156	SENOKOT	31
<i>rifampin</i>	4	RYTELO	54	SENOKOT EXTRA	
<i>riluzole</i>	113	S		STRENGTH	31
<i>rimantadine</i>	7	<i>sacubitril-valsartan</i>	14	SENOKOT-S	32
<i>ringer's</i>	114, 180	<i>sajazir</i>	161	<i>sentry</i>	218
RINVOQ	139	SALICYLIC ACID (BULK)		<i>sentry senior</i>	218
RINVOQ LQ	139	.....	115	<i>sertraline</i>	80
<i>risacal-d</i>	218	<i>saline mist</i>	86	<i>sesame oil</i>	113
<i>risedronate</i>	113, 141	<i>saline nasal</i>	85, 86	<i>se-tan plus</i>	218
<i>risperidone</i>	79, 80	SALINE NASAL (ALOE		<i>setlakin</i>	89
<i>risperidone microspheres</i>	79	VERA)	86	<i>sevelamer carbonate</i>	113
RITEFLO AEROCHAMBER		<i>saline nasal mist</i>	85	SEVERE COLD AND FLU	
.....	167	SALMON OIL-OMEGA-3		(PE)	148, 149, 156
<i>ritonavir</i>	8	FATTY ACIDS	190	SEVERE COLD AND FLU	
<i>rivaroxaban</i>	22	<i>salsalate</i>	69	NIGHTTIME	148, 149
<i>rivastigmine</i>	84	SANCUSO	31	SEVERE SINUS	149
<i>rivastigmine tartrate</i>	84	SANDOSTATIN LAR		<i>sf</i> 86	
<i>rizatriptan</i>	82	DEPOT	54	<i>sf 5000 plus</i>	86
<i>robafen cf (phenylephrine)</i>	155	SANTYL	128	<i>sharobel</i>	91
<i>robafen dm</i>	155	<i>sapropterin</i>	132	SHINGRIX (PF)	40
ROCKLATAN	93	SARCLISA	54	SIGNIFOR	55
<i>roflumilast</i>	161	SAVELLA	139	<i>sildenafil (pulmonary arterial</i>	
<i>romidepsin</i>	54	SAWYER CONTROLLED		<i>hypertension)</i>	162
ROMVIMZA	54	RELEASE	128	<i>silver sulfadiazine</i>	128
<i>ropinirole</i>	59	<i>saxagliptin</i>	136	SIMBRINZA	93
<i>rosuvastatin</i>	16	<i>saxagliptin-metformin</i>	136	<i>simethicone</i>	32
ROTARIX	40	SCEMBLIX	54, 55	SIMULECT	55
ROTATEQ VACCINE	40	<i>scopolamine base</i>	31	<i>simvastatin</i>	16
<i>roweepra</i>	72	<i>sebex</i>	115	SINUS CONGESTION AND	
ROZLYTREK	54	SECUADO	80	PAIN	156
RUBRACA	54	SEGLUROMET	136	SINUS CONGESTION-	
<i>rufinamide</i>	72	SELARSDI	118	PAIN(GUAIF)	156
RU-HIST D	156	<i>selegiline hcl</i>	59	SINUS HEADACHE PE ...	149,
RUKOBIA	8	<i>selenium sulfide</i>	118	156	
RUXIENCE	54	SELZENTRY	8	<i>sinus nasal spray</i>	85
RYBELSUS	136	<i>senexon-s</i>	31	SINUS PAIN-PRESSURE	
RYBREVANT	54	<i>senior tabs</i>	218	(PE)	148, 156
RYDAPT	54	<i>senna</i>	31		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

SINUS RELIEF (PHENYLEPHRINE).....	86	STARTING WITH 00054)	80	spironolacton- hydrochlorothiaz.....	19
<i>sirolimus</i>	55	<i>sodium phenylbutyrate</i>	113	SPRAVATO	80
SIRTURO.....	4	<i>sodium phosphate</i>	181	<i>sprintec (28)</i>	89
SKYRIZI	32, 118	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	113	SPRITAM.....	72
<i>slo-niacin</i>	16	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	32	SPRYCEL.....	55
SLO-NIACIN	16	SOFOSBUVIR- VELPATASVIR.....	8	<i>sps (with sorbitol)</i>	113, 114
SLOW FE.....	218	<i>solifenacin</i>	169	<i>sronyx</i>	89
<i>slow release iron</i> 198, 204, 218		SOLQUA 100/33	136	<i>ssd</i>	128
SLOW RELEASE IRON .. 198, 218, 219		SOLO.....	218	<i>st joseph aspirin</i>	69
SLOW-MAG.....	181	SOLTAMOX.....	55	STAHIST AD.....	156
<i>smart heart omega-3</i>	189	SOMATULINE DEPOT	55	STEGLATRO.....	136
<i>smooth antacid</i>	181	SOMAVERT	132	STELARA	118, 119
<i>sodium acetate</i>	181	SOOTHING SALINE-ALOE	86	<i>stimulant laxative plus</i>	32
SODIUM BENZOATE (BULK)	86	<i>sorafenib</i>	55	STIOLTO RESPIMAT.....	162
<i>sodium benzoate-sod</i> <i>phenylacet</i>	113	<i>sorbitol hydrate</i>	128	STIVARGA.....	55
<i>sodium bicarbonate</i>	32, 181	<i>sorbitol</i>	113	<i>stomach relief</i>	34, 35
SODIUM BICARBONATE (BULK)	32	SOSWEET SYRUP VEHICLE	113	<i>stool softener</i>	26, 27, 31, 32
SODIUM BROMIDE (BULK)	113	<i>sotalol</i>	13	<i>stool softener (docusate cal)</i> .27	
<i>sodium chloride</i>	96, 113, 181	<i>sotalol af</i>	13	<i>stool softener-stimulant laxat</i>	26, 27, 32
SODIUM CHLORIDE.....	181	SOTYKTU	118	STRENSIQ	132
SODIUM CHLORIDE (BULK)	181	SPACE CHAMBER.....	164	STREPTOMYCIN	4
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	181	SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK	164	<i>stress b with zinc</i>	218
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	113	SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK.....	164	STRESS B-COMPLEX.....	204, 218
<i>sodium chloride 3 %</i> <i>hypertonic</i>	181	SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK.....	165	<i>stress formula</i>	218
<i>sodium chloride 5 %</i> <i>hypertonic</i>	181	<i>spectravite adult</i>	198	<i>stress formula with iron(sulf)</i>	219
<i>sodium citrate-citric acid</i> ...	168	<i>spectravite adult 50 plus</i>	198	<i>stress formula with zinc</i>	219
<i>sodium ferric gluconat-sucrose</i>	113	SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS(LUT).....	198	STRIBILD	8
<i>sodium fluoride 5000 dry</i> <i>mouth</i>	86	<i>spectravite advanced formula</i>	198	STRIVERDI RESPIMAT ..	162
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	86	<i>spectravite men 50 plus</i>	198	STROVITE ONE.....	219
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...	86	<i>spectravite men's</i>	198	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN.....	128
<i>sodium nitroprusside</i>	14	<i>spectravite women</i>	199	SUBLOCADE	61
SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS		<i>spectravite women 50 plus</i> .	198	<i>subvenite</i>	72
		SPIRIVA RESPIMAT.....	162	SUCRAID.....	32
		<i>spironolactone</i>	19	<i>sucralfate</i>	38
				<i>sudogest</i>	156
				<i>sudogest 12-hour</i>	156
				<i>sudogest cold and allergy</i> ...	156
				<i>sulfacetamide sodium</i>	96
				<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	116

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .96	T	<i>terbutaline</i>.....162
<i>sulfadiazine</i>.....12	<i>tab-a-vite</i> .....220	<i>terconazole</i> .....91
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>.....12	TAB-A-VITE	<i>teriflunomide</i>.....84
<i>sulfasalazine</i> .....32	MULTIVITAMIN W-IRON.....220	<i>teriparatide</i> .....141
<i>sulindac</i> .....69	TABLOID .....55	<i>testosterone</i> .....132, 133
<i>sumatriptan nasal</i>.....82	TABRECTA.....55	<i>testosterone cypionate</i> .....132
<i>sumatriptan succinate</i> .....82	<i>tacrolimus</i> .....55, 128	<i>testosterone enanthate</i> .....132
<i>sunitinib malate</i> .....55	<i>tadalafil</i> .....168	<i>tetrabenazine</i> .....84
SUNLENCA.....8	<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i> .....162	<i>tetracycline</i> .....12
<i>super b/c</i> .....219	TAFINLAR .....55	TEVIMBRA .....56
SUPER DAILY D3 .....219	TAGRISO .....55	THALOMID.....56
SUPER DHA GEMS.....189	TAKE ACTION .....89	<i>theophylline</i> .....162
SUPER MULTIPLE - LOW IRON .....219	TALVEY .....55	<i>thera</i> .....220
<i>super omega-3</i> .....16	TALZENNA.....55	<i>thera-d</i> .....220
<i>super thera vite m</i>.....219	<i>tamoxifen</i> .....55	THERA-D 4000.....220
<i>suphedrin</i> .....156	<i>tamsulosin</i>.....169	THERAFLU EXPRESSMAX COLD DAY.....156
<i>suphedrine 12 hour</i>.....149	TANDEM PLUS .....220	THERAFLU EXPRESSMAX COLD NIGHT.....156
SUPPORT-500 .....219	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>.....89	THERAFLU MULTI- SYMPTOM COLD .....156
<i>syeda</i>.....89	<i>taron forte</i>.....220	THERAFLU NIGHT SEVERE COLD-CGH .....156
SYLVANT .....55	TASIGNA .....55	THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS .....220
SYMDEKO .....162	<i>tazarotene</i> .....130	<i>theralogix companion</i> .....197
SYMLINPEN 120 .....136	<i>tazicef</i>.....9	THERA-M.....220
SYMLINPEN 60 .....136	TAZVERIK.....55	THERAMILL FORTE .....220
SYMPAZAN.....72	TEARS LUBRICANT EYE DROP .....96	<i>therapeutic dandruff shampoo</i>.....115
SYMPROIC .....32	TECENTRIQ.....55	<i>therapeutic moisturizing</i>.....128
SYMTUZA.....8	TECENTRIQ HYBREZA....56	THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM.....124
SYNAGIS.....8	TECVAYLI.....56	<i>therapeutic-m</i>.....220
SYNJARDY .....136	TEFLARO .....9	<i>thera-tabs</i>.....220
SYNJARDY XR .....137	<i>telmisartan</i>.....19	<i>theratrum complete 50 plus/lut</i>.....220
SYRSPEND SF .....99	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....19	<i>theratrum complete 50 plus-lyc</i>.....220
SYRSPEND SF ALKA.....99	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>.....19	<i>theratrum complete with lutein</i>.....220
SYRSPEND SF LIQUID ....99	TEMODAR .....56	<i>therems multivitamin</i> .....220
SYSTANE (PROPYLENE GLYCOL) .....96	<i>temsirolimus</i> .....56	<i>thermotabs</i> .....181
SYSTANE BALANCE .....96	TENDER CARE LANOLIN.....128	THEROMEGA .....190
SYSTANE COMPLETE.....96	TENIVAC (PF) .....40	
SYSTANE COMPLETE PF 96	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .8	
SYSTANE GEL .....96	TEPMETKO.....56	
SYSTANE HYDRATION (PF).....96	<i>terazosin</i> .....19	
SYSTANE ULTRA.....96	<i>terbinafine hcl</i>.....2, 117	
SYSTANE ULTRA (PF) ....96		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i> ..220, 221	<i>tramadol-acetaminophen</i>.....69	<i>triple antibiotic plus</i> .....116
<i>thioridazine</i>.....80	<i>trandolapril</i> .....19	<i>triple antibiotic-pain relief</i> .116
<i>thiotepa</i>.....56	<i>trandolapril-verapamil</i> .....19	TRIPLE MAGNESIUM
<i>thiothixene</i> .....80	<i>tranexamic acid</i> .....91	COMPLEX .....175
<i>tiadylt er</i> .....19	<i>tranylcypromine</i>.....80	TRIPROLIDINE HCL.....156
<i>tiagabine</i>.....72	<i>travasol 10 %</i>190	<i>tri-sprintec (28)</i> .....89
TIBSOVO.....56	<i>travoprost</i> .....93	TRIUMEQ .....8
<i>ticagrelor</i> .....22	TRAZIMERA.....56	TRIUMEQ PD.....8
TICE BCG.....40	<i>trazodone</i> .....80	TRI-VI-SOL .....221
TICOVAC .....40	TRELEGY ELLIPTA.....162	TRODELVY .....56
<i>tigecycline</i>.....4	TRELSTAR.....56	TROGARZO .....8
<i>tilia fe</i>.....89	TREMFYA.....119	TROPHAMINE 10 %.....190
<i>timolol maleate</i> .....19, 93	TREMFYA ONE-PRESS ..119	TROPICAL LIQUID
<i>tinidazole</i> .....4	TREMFYA PEN .....119	NUTRITION .....221
<i>tiotropium bromide</i>.....162	TREMFYA PEN	<i>trospium</i> .....169
TIVDAK.....56	INDUCTION PK(2PEN)119	TRUEPLUS GLUCOSE ...113,
TIVICAY .....8	<i>treprostinil sodium</i> .....19	114
TIVICAY PD .....8	<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....56	TRULANCE.....33
<i>tizanidine</i> .....82	<i>tretinoin topical</i> .....130	TRULICITY .....137
TOBI PODHALER .....4	<i>triamcinolone acetonide</i> .....86,	TRUMENBA.....40
TOBRADEX.....93	121, 131	TRUQAP .....56
<i>tobramycin</i>.....4, 92	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	TRUSTEX LATEX
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...4	19	CONDOM .....167
<i>tobramycin sulfate</i> .....4	<i>tricon</i> .....221	TRUSTEX LUBRICATED
<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..93	<i>tridacaine ii</i> .....128	CONDOMS .....167
<i>tolnafti-al</i> .....117	<i>triderm</i> .....121	TRUSTEX NON-LUB
<i>tolnaftate</i>.....118	<i>trientine</i> .....114	CONDOMS .....167
<i>tolterodine</i> .....169	<i>tri-estarylla</i> .....89	TRUSTEX-RIA
<i>tolvaptan</i>.....133	<i>trifluoperazine</i> .....80	LUB/SPERMICIDE .....167
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	<i>trifluridine</i> .....92	TRUSTEX-RIA
.....133	<i>trigels-f forte</i>.....221	LUBRICATED CONDOMS
<i>topiramate</i> .....72, 73	<i>trihexyphenidyl</i> .....59	167
<i>topotecan</i> .....56	TRIJARDY XR .....137	TRUSTEX-RIA NON-LUB
<i>toremifene</i>.....56	TRIKAFTA .....162	CONDOMS .....167
<i>torpenz</i> .....56	<i>tri-legest fe</i>.....89	TRUZONE PEAK FLOW
<i>torsemide</i> .....19	<i>tri-linyah</i> .....89	METER.....167
TOTAL HOME INSECT	<i>tri-lo-estarylla</i> .....89	TUKYSA .....56
REPELLENT .....124	<i>tri-lo-marzia</i> .....89	TUMS .....181, 182
TOUJEO MAX U-300	<i>tri-lo-sprintec</i>.....89	TUMS E-X .....181, 182
SOLOSTAR .....137	<i>trimethoprim</i> .....2	TUMS EXTRA STRENGTH
TOUJEO SOLOSTAR U-300	<i>trimipramine</i> .....80	SMOOTHIES .....182
INSULIN .....137	TRINTELLIX.....80	<i>tums ultra</i>.....33, 182
TRADJENTA.....137	<i>triphrocaps</i> .....221	TURALIO.....56
<i>tramadol</i> .....69	<i>triple antibiotic</i> .....116	<i>turqoz (28)</i> .....89
	TRIPLE ANTIBIOTIC.....116	<i>tusnel diabetic</i>.....156, 157

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

TUSNEL DM	157	UPTRAVI.....	19, 20	VENCLEXTA STARTING	
TUSNEL DM		<i>urinary pain relief</i>	168	PACK	57
PEDIATRIC(PHENYLEPH		URINARY PAIN RELIEF .	168	<i>venlafaxine</i>	81
).....	157	<i>ursodiol</i>	33	VENOFER.....	221
TUSNEL NEW FORMULA		UZEDY	80, 81	<i>verapamil</i>	20
.....	156, 157	V		VERQUVO.....	14
TUSNEL PEDIATRIC.....	157	<i>valacyclovir</i>	8	VERSACLOZ.....	81
TUSNEL PEDIATRIC		VALCHLOR	129	VERSATILE	129
(GUAIFEN-PE).....	157	<i>valganciclovir</i>	8	VERSIGEL.....	129
<i>tussin</i>	157	<i>valproate sodium</i>	73	VERZENIO	57
<i>tussin cf (pe-dm-guaif)</i>	157	<i>valproic acid</i>	73	<i>vestura (28)</i>	89
<i>tussin cf cough-cold</i>	157	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>		VIBATIV.....	5
<i>tussin cough (dm only)</i>	157	.....	73	VIBERZI	33
<i>tussin dm</i>	149, 157	<i>valrubicin</i>	56	<i>vienva</i>	89
TUSSIN DM	149	<i>valsartan</i>	20	<i>vigabatrin</i>	73
<i>tussin dm cough and chest.</i>	157	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>vigadrone</i>	73
<i>tussin dm max</i>	149	.....	20	<i>vigpoder</i>	73
<i>tussin mucus-chest congestion</i>		VALTOCO	73	<i>vilazodone</i>	81
.....	149, 157	VANACOF.....	157	VIMIZIM.....	133
TUXARIN ER.....	157	VANACOF DM	157	VIMKUNYA	41
TWINRIX (PF)	40	VANALICE.....	121	<i>vinblastine</i>	57
TYENNE.....	140	<i>vancomycin</i>	5	<i>vincristine</i>	57
TYENNE AUTOINJECTOR		VANCOMYCIN IN 0.9 %		<i>vinorelbine</i>	57
.....	140	SODIUM CHL	4, 5	<i>viorele (28)</i>	89
TYPHIM VI	40	VANFLYTA	56	VIRACEPT.....	8
TYVASO.....	162	VANIBASE.....	129	VIREAD	8
TYVASO INSTITUTIONAL		VANIBASE TRADITIONAL		VISION FORMULA (WITH	
START KIT.....	162	FORMULA	129	LUTEIN)	204, 221
TYVASO REFILL KIT	162	<i>vanicream</i>	129	VISION FORMULA(A-C-E-	
TYVASO STARTER KIT .	162	VAQTA (PF).....	40, 41	ZN-SE-CU).....	221
U		<i>varenicline tartrate</i>	102, 103	VISION HEALTH.....	199, 221
U-BASE	128	VARIVAX (PF)	41	VISION PLUS LUTEIN	221
UBRELVY	82	VARIZIG.....	41	VISTA ADVANCED	
ULTRA BONEUP.....	221	VARUBI.....	33	AREDS2	221
ULTRA FREEDA.....	221	VAXCHORA VACCINE....	41	VISTA ADVANCED DRY	
<i>ultra lubricant eye</i>	97	VECTIBIX	56	EYE	221
<i>ultra omega-3</i>	190	<i>vegetable laxative</i>	31	<i>vit 3</i>	194
<i>ultra strength antacid</i>	169	VEGETARIAN BONEUP .	221	<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i> ..	209,
ULTRA-FINE INSULIN		<i>veletri</i>	20	210	
SYRINGE.....	167	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>		VIT A PALMITATE-VIT C-	
ULTRATHON	129	.....	89	VIT D3.....	216
UNISPEND ANHYDROUS		VELPHORO.....	114	VIT E-WHEAT GERM-ALOE	
SWEET.....	114	VELTASSA.....	114	VERA	129
<i>unithroid</i>	131	VEMLIDY.....	8	VITABEX PLUS.....	222
UNITUXIN	56	VENCLEXTA	56, 57	<i>vitajoy daily d</i>	222

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

VITAL-D RX	222	VYVGART	82	XARELTO DVT-PE TREAT	
vitalee	222	VYVGART HYTRULO	82	30D START.....	22
vitalets	222	VYXEOS.....	57	XCEL 100.....	129
vitamin a.....	199, 222	W		XCELLENT A 3000.....	231
vitamin a palmitate.....	208, 222	walgreens dry skin treatment		XCELLENT A 7500.....	231
VITAMIN A PALMITATE		.....	124	XCELLENT E	231
.....	222	warfarin	22	XCOPRI	73
vitamin b-6..	204, 208, 222, 223	wart remover	115	XCOPRI MAINTENANCE	
vitamin c	199, 204, 208, 223,	WATER (BULK)109, 111, 112		PACK	73
224		water for irrigation, sterile.114		XCOPRI TITRATION PACK	
VITAMIN C FIZZY DRINK		wee care.....	230	.....	73
.....	199	weekly-d.....	230	XDEMVY.....	97
vitamin c with rose hips.....	199,	WELIREG	57	XELJANZ.....	140
208, 219, 222, 224		wera (28)	89	XELJANZ XR	140
vitamin d2	224	wescap-pn dha	230	XERAC AC	129
vitamin d3 ..	208, 219, 224, 225,	wescaps.....	230	XERMELO.....	57
226, 227, 228		westab one	230	XGEVA	41
vitamin e	220, 228, 229	WESTUSSIN DM		XIAFLEX	114
VITAMIN E	230	(DEXCHLORPHENIR) .157		XIFAXAN	5
vitamin e (dl, acetate) 199, 204,		WESTUSSIN DM NF	157	XIGDUO XR.....	137
208, 220, 229, 230		wixela inhub	162	XIIDRA	97
VITAMIN E (DL, ACETATE)		WOMEN'S 50 PLUS		XOFLUZA	8
.....	199, 208, 229, 230	ADVANCED.....	230	XOLAIR	163
vitamin e acetate.....	229	WOMEN'S 50 PLUS DAILY		XOSPATA.....	57
vitamin e mixed...208, 228, 229		FORMULA	230	XPOVIO	57
VITAMIN E MIXED .228, 229		WOMEN'S 50 PLUS		XTANDI.....	57, 58
VITAMIN E SUCCINATE 229		MULTIVITAMIN	230	xulane	91
vitamin k1	22	WOMEN'S DAILY		Y	
VITAMINS A-D-E		FORMULA	230	yelets	231
SELENIUM.....	230	WOMENS DAILY		YERVOY	58
VITRAKVI.....	57	GUMMIES	199	YESINTEK.....	119
VIVITROL	69	WOMEN'S DAILY PACK 230		YF-VAX (PF).....	41
VIVOTIF	41	women's gentle laxative(bisac)		YONDELIS	58
VIZIMPRO.....	57	.....	33	YUFLYMA(CF).....	140
VONJO.....	57	WOMEN'S MULTIVITAMIN		YUFLYMA(CF) AI	
VORANIGO.....	57	.....	230	CROHN'S-UC-HS.....	140
voriconazole	2	WOMEN'S MULTIVITAMIN		YUFLYMA(CF)	
voriconazole-hpbcd	2	COLLAGEN	230	AUTOINJECTOR	140
VOSEVI	8	WOMEN'S MULTIVITAMIN		yuvafem.....	91
VOWST.....	33	GUMMIES	230	Z	
VRAYLAR.....	81	WOMEN'S ONE DAILY...203		ZADITOR.....	97
VUMERITY	84	WYOST.....	41	zafemy	92
VYLOY	57	X		zafirlukast	163
VYNDAMAX	14	XALKORI.....	57	zaleplon.....	81
VYNDAQEL.....	14	XARELTO	22	ZALTRAP	58

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

ZANOSAR.....	58	<i>zinc oxide</i>	129	ZONISADE	73
ZEJULA	58	<i>zinc sulfate</i>	182	<i>zonisamide</i>	73
ZELBORAF	58	ZINC SULFATE (BULK) 182,		ZOO FRIENDS	231
ZELDANA.....	231	183		<i>zovia 1-35 (28)</i>	89
<i>zenatane</i>	130	ZINC SULFATE		ZTALMY	73
ZENPEP	33	HEPTAHYDRAT(BULK)		ZUBSOLV.....	69
ZEPOSIA	84	.....	114	<i>zumandimine (28)</i>	89
ZEPOSIA STARTER KIT (28-		<i>zinc with vitamins a and c</i> ..	231	ZURZUVAE.....	81
DAY).....	84	<i>ziprasidone hcl</i>	81	ZYDELIG.....	58
ZEPOSIA STARTER PACK		<i>ziprasidone mesylate</i>	81	ZYKADIA.....	58
(7-DAY)	84	ZIRABEV.....	58	ZYMFENTRA.....	33
ZEPZELCA.....	58	ZIRGAN.....	92	ZYNLONTA	58
<i>zidovudine</i>	8	ZOLADEX	58	ZYNYZ.....	58
ZIIHERA.....	58	<i>zoledronic acid</i>	133	ZYPREXA RELPREVV	81
ZIKS ARTHRITIS PAIN		<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>			
RELIEF	129	.....	114		
ZINC (WITH A AND C)		ZOLINZA.....	58		
LOZENGES	231	<i>zolpidem</i>	81		

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 711), Lunes - Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare](https://www.CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/14/2025

Get free help in your language with interpreters and other written materials. Get free aids and support if you have a disability. Call **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 or 711)**.



Obtenga ayuda gratuita en su idioma a través de intérpretes y otros materiales en formato escrito. Obtenga ayudas y apoyo gratuitos si tiene una discapacidad. Llame **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

احصل على مساعدة مجانية بلغتك من خلال المترجمين الفوريين والمواد المكتوبة الأخرى. إذا كنت من ذوي الاحتياجات الخاصة، ستحصل على المساعدات والدعم مجانًا. اتصل على الرقم **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 أو 711)**.

通过口译员和其他书面材料，获得您所使用语言的免费帮助。如果您有残疾，可以获得免费的辅助设备和支持。请致电：**1-855-475-3163 (TTY 专线：1-833-711-4711 或 711)**。

Erhalten Sie kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache durch Dolmetscher und andere schriftliche Unterlagen. Beziehen Sie kostenlose Hilfsmittel und Unterstützung, wenn Sie eine Behinderung haben. Rufen Sie folgende Telefonnummer an: **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 oder 711)**.

Obtenez une aide gratuite dans votre langue grâce à des interprètes et à d'autres documents écrits. Si vous souffrez d'un handicap, vous bénéficiez d'aides et d'assistance gratuites. Appelez le **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ou le 711)**.

Nhận trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị với thông dịch viên và các tài liệu bằng văn bản khác. Nhận trợ giúp và hỗ trợ miễn phí nếu quý vị bị khuyết tật. Gọi **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 hoặc 711)**.

Grick Hilfe mitaus Koscht in dei Schprooch mit Iwwersetzer un annere schriftliche Dinge. Grick Aids un Hilfe mitaus Koscht wann du en Behinderung hoscht. Ruf **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 odder 711)**.

आपकी भाषा के इंटरप्रेटर तथा आपकी भाषा में अन्य लिखित सामग्रियों संबंधी फ्री मदद पाएं। यदि आपको कोई डिसेबिलिटी हो, तो मुफ्त सहायता और सपोर्ट प्राप्त करें। कॉल करें **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 या 711)**।

통역사와 기타 서면 자료의 도움을 귀하의 언어로 무료로 받으세요. 장애가 있을 경우, 보조와 지원을 무료로 받으세요. **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 또는 711)** 로 문의하세요.

በአስተርጓሚዎች እና በሌሎች የጽሑፍ ቁሳቁሶች በቋንቋዎ ከክፍያ ነፃ እርዳታ ያግኙ። የአካል ጉዳት ካለብዎት ከክፍያ ነፃ እርዳታ እና ድጋፍ ያግኙ። ወደ **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ወይም 711)** ይደውሉ።

Gba irànlọwọ ọfẹ ní èdè rẹ pẹlú àwọn ògbifò àti àwọn ohun èlò mírán tí a kọ sílẹ̀. Gba àwọn irànlọwọ àti àtílẹ̀yìn ọfẹ bí o bá ní àìlera kan. Pe **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 tàbí 711)**.

Makakuha ng libreng tulong sa wika mo gamit ang mga interpreter at mga ibang nakasulat na materyales. Makakuha ng mga libreng pantulong at suporta kung may kapansanan ka. Tumawag sa **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

موڤر كولى شو ستاسو د روغتيا پاملرني په اړه ستاسو په ژبه كې او د نورو څو (يعني فاريتونو) له لارې له تاسو سره وړيا مرسته وكړو. آيا زموږ د موادو لوستلو لپاره ملاتړ يا مرستې ته اړتيا لرئ؟ آيا تاسو له موږ سره خبرو كولو لپاره د ژبې خدمتونه غواړئ؟ زنگ ووهئ په **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711) يا 711**.

వ్యాఖ్యాతలు మరియు ఇతర రాతపూర్వక మెటీరియల్స్ తో మీ భాషలో ఉచిత సహాయాన్ని పొందండి. ఒకవేళ మీకు వైకల్యం ఉంటే, ఉచిత ఉపకరణాలు మరియు మద్దతు పొందండి. కాల్ చేయండి: **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 లేదా 711)**.

दोभाषे र अन्य लिखित सामग्रीहरूको माध्यमद्वारा आफ्नो भाषामा निःशुल्क मद्दत प्राप्त गर्नुहोस्। तपाईंलाई अशक्तता छ भने निःशुल्क सहायता र समर्थन प्राप्त गर्नुहोस्। **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 वा 711)** मा कल गर्नुहोस्।

သင့်ဘာသာစကားအတွက် စကားပြန်များနှင့် အခြားပုံနှိပ်စာရွက်များကို အခမဲ့အကူအညီရယူပါ။ သင်သည် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက အခမဲ့အကူအညီများနှင့် အထောက်အပံ့များ ရယူပါ။ ဖုန်းခေါ်ရန် - **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 သို့မဟုတ် 711)**.

Jwenn èd gratis nan lang ou ak entèprèt ansanm ak lòt materyèl ekri. Jwenn èd ak sipò gratis si w gen yon andikap. Rele **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 oubyen 711)**.

Bök jibañ ilo an ejjelok wōnāān ikkijjien kajin eo am ibbān rukok ro im wāween ko jet ilo jeje. Bök jerbalin jibañ ko ilo an ejjelok wōnāer im jibañ ko ñe ewōr am nañinmejin utamwe. Kalle **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ak 711)**.



Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. o visite **CareSource.com/MyCare.**

ID del formulario: 00025338
N.º de versión: 20
Actualizado el 12/01/2025.