

**CareSource® MyCare
Ohio (HMO D-SNP)
2026**

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

**POR FAVOR, LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 10/20/2025. Para obtener información más reciente 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., hora del este (ET) y, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana o visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

ID del formulario: 00026141, n.º de versión: 6

Actualizado el 10/20/2025



Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*). Le informa qué medicamentos 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 de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad.....	iv
B. Preguntas frecuentes	iv
B1. ¿Qué medicamentos 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> ?.....	v
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	vi
B4. ¿Existen restricciones o limitaciones con respecto a la cobertura de medicamentos o es necesario realizar otras acciones para obtener determinados medicamentos?	viii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay acciones necesarias que tomar para obtener el medicamento?	ix
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)?	ix
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	ix
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	x
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?	x
B10. ¿Puedo pedir que se haga una excepción y cubran el medicamento?	xii

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

B11. ¿Cómo puedo pedir que se haga una excepción?	xii
B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción?	xii
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xii
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xiii
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	xiii
B16. ¿Cubre CareSource MyCare Ohio productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	xiii
B17. ¿CareSource MyCare Ohio cubre los suministros a largo plazo de las recetas?	xiii
B18. ¿Puede mi farmacia local entregar las recetas en mi domicilio?	xiv
B19. ¿Cuál es mi copago?	xiv
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	xiv
C1. Lista de medicamentos cubiertos según la afección médica	xv
D. Índice de medicamentos cubiertos	93



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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

A. Exenciones de responsabilidad

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

- ❖ Exención de responsabilidad obligatoria para contrataciones federales
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* de CareSource MyCare Ohio actualizada en línea en **CareSource.com/MyCare-SNP** o llamando a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como impreso con letra grande, en braille o en audio. Llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. Esta 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

B. Preguntas frecuentes

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

B1. ¿Qué medicamentos 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. Los medicamentos están disponibles en las farmacias que pertenecen a nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

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 el punto de vista médico de la Lista de medicamentos si:
 - su médico u otra persona que receta afirma que usted los necesita para mejorarse o estar saludable;
 - CareSource MyCare Ohio acepta que el medicamento es necesario para usted desde el punto de vista médico **y**
 - usted surte sus recetas en una farmacia de la red de CareSource MyCare Ohio.
- En algunos casos, usted debe hacer algún trámite antes de poder obtener un medicamento. Para obtener más información, consulte la sección B4.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP** o llamar a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana.

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 para un medicamento. (Una autorización previa es un permiso que le otorga 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”).
- 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).

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

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 retiraremos ni modificaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**, a menos que ocurra lo siguiente:

- 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 enteramos 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-SNP**. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana para consultar la *Lista de medicamentos* actual.

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

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

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Es posible que retiremos de inmediato los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero su costo para el nuevo medicamento continuará siendo \$0 con las mismas restricciones o menos. Al agregar la nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus 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:

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

- es una nueva versión genérica de un medicamento de marca; o
- 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).
- Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser 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 las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Quitar los medicamentos no seguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** En ocasiones, puede determinarse que un medicamento es inseguro o se retire del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos quitarlo de la *Lista de medicamentos* de inmediato. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de haber efectuado el cambio. Comuníquese con el médico que prescribió la receta 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, 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*; 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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

- 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; o
- si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.

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:** para algunos medicamentos, usted o su médico, u otra persona que receta, deben obtener una autorización de CareSource MyCare Ohio antes de hacer surtir la receta. La autorización no es lo mismo que una derivación. Es posible que CareSource MyCare Ohio no cubra el medicamento si usted no obtiene la autorización previa.
- **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 considera que el primer medicamento no produce el efecto esperado, entonces cubriremos el segundo.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o limitaciones adicionales, consulte las tablas de las **páginas 2**. También puede obtener más información en nuestro sitio web

CareSource.com/MyCare-SNP. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones sobre la autorización previa y la terapia escalonada. También puede comunicarse con nosotros para que le enviemos una copia.

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

Puede pedir que se haga una excepción a estos límites. 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. Consulte las preguntas B10 a 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?

En la tabla de la sección titulada “Lista de medicamentos cubiertos según la afección médica” hay una columna llamada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

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

En ciertos casos, le avisaremos con antelación si incorporamos o cambiamos una restricción 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 por orden alfabético, o
- puede buscar por afección médica.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Esta sección se encuentra en el Índice al final del documento. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*. El índice incluye medicamentos de marca y genéricos.

Para buscar por afección médica, busque en la **página xiv** llamada “Lista de medicamentos según la afección médica”. Los medicamentos de esta sección se encuentran agrupados por categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas 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.

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

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

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 or 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana y consulte al respecto. Si se entera de que CareSource MyCare Ohio no cubre un medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pida a [Servicios para Afiliados o su coordinador de atención] una lista de medicamentos similares al 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**
- Pida a CareSource MyCare Ohio que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10 a 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?

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 no le permiten obtener la cantidad indicada por la persona que receta; **o**
- el medicamento requiere autorización previa de CareSource MyCare Ohio; **o**
- está tomando un medicamento que está sujeto a una restricción de terapia escalonada.

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

Si está tomando un medicamento que CareSource MyCare Ohio no considera que sea un medicamento de la Parte D, tiene derecho a obtener un suministro único para 72 horas del medicamento.

Si usted se encuentra en un hogar de ancianos u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*, o si no puede obtener 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 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.
 - 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.

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

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

Sí. Puede pedirle 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 autorización 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 médico tratante para ayudarle a solicitar que se haga una excepción. También puede leer el **Capítulo 9 , Sección F2** de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

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

Después de que hayamos recibido una declaración de su médico tratante que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos la decisión dentro de las siguientes 72 horas. La declaración del médico tratante 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 el médico tratante respalda su solicitud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico tratante.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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.

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

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** de la *Evidencia de cobertura*.

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 proveedor los receta por escrito.

Puede leer la *Lista de medicamentos cubiertos de Medicaid* de CareSource MyCare Ohio para averiguar qué medicamentos de venta libre (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 (OTC) que no son medicamentos cuando su proveedor los receta por escrito. Por ejemplo, los productos de venta libre (OTC) que no son medicamentos incluyen lágrimas artificiales en gotas y Aquaphor 41% Healing Ointment. Puede leer la *Lista de medicamentos cubiertos de Medicaid* de CareSource MyCare Ohio para averiguar qué productos de venta libre (OTC) que no son medicamentos están cubiertos.

B17. ¿CareSource MyCare Ohio cubre los suministros a largo plazo de las recetas?

- **Programas de pedido por correo.** Ofrecemos un programa de pedido por correo que le permite recibir un suministro de hasta 102 días para la mayoría de los medicamentos de mantenimiento, que se enviarán directamente a su hogar.
- **Programas de farmacias venta minorista.** La mayoría de las farmacias de venta minorista también ofrecen un suministro de hasta 102 días de medicamentos 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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

B18. ¿Puede mi farmacia local entregar las recetas en mi domicilio?

Es posible que su farmacia local pueda entregarle las recetas en su domicilio. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen entrega a domicilio.

B19. ¿Cuál es mi copago?

Los afiliados a CareSource MyCare Ohio no tiene copagos por sus medicamentos con receta y medicamentos y productos que no son medicamentos de venta libre (OTC), siempre y cuando cumpla las reglas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre los medicamentos y los productos que no son medicamentos de venta libre (OTC).

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 genéricos y algunos medicamentos de marca.
- Los medicamentos de Nivel 3 son en su mayoría medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos de marca o genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 5 son medicamentos de marca o genéricos.

Los medicamentos cubiertos de la Parte D no tienen copago. Los OTC tienen un copago de \$0.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana.

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos con cobertura 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 93**. El índice menciona todos los medicamentos cubiertos por CareSource MyCare Ohio por orden alfabético.

C1. Lista de medicamentos cubiertos según la afección médica

Los medicamentos de esta sección se encuentran agrupados por categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas 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.

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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

Aquí están los significados de los códigos utilizados en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:

B/D PA: este medicamento recetado podría tener cobertura de la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias. Se le puede solicitar 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: medicamento 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 farmacias de venta minorista de la red pueden ser más adecuadas para recetas de medicamentos de corto plazo (como son los antibióticos).

NDS: suministro no extendido, indica que el medicamento está limitado a un suministro de 30 días en una farmacia de venta minorista o de pedido 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.

En la primera columna de la tabla se muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se enumeran en letra cursiva minúscula (por ejemplo, *lisinopril*) y los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, ELIQUIS). La información que aparece en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si CareSource MyCare Ohio tiene reglas para la cobertura de su 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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Al inicio de esta tabla puede encontrar información acerca de lo que significan los símbolos y las abreviaturas de la tabla.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
<i>amphotericin b</i>	4	B/D PA; MO
<i>amphotericin b liposome</i>	5	B/D PA; NDS
<i>caspofungin</i>	4	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	2	MO
CRESEMBA ORAL	5	PA; NDS
<i>fluconazole</i>	2	MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	4	PA; MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml</i>	4	PA
<i>flucytosine</i>	5	MO; NDS
<i>griseofulvin microsize</i>	4	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)
<i>itraconazole oral solution</i>	4	MO
<i>ketoconazole oral</i>	2	MO
<i>miconazole</i>	4	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>nystatin oral</i>	2	MO
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	5	PA; MO; QL (96 por 30 días); NDS
<i>terbinafine hcl oral</i>	2	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	5	PA; MO; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	5	PA; MO; NDS
<i>voriconazole oral tablet</i>	4	PA; MO
<i>voriconazole-hpbc</i>	5	PA; NDS
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>foscarnet sodium</i>	4	MO
<i>methenamine hippurate</i>	3	MO
<i>methenamine mandelate</i>	2	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/m-cryst</i>	3	MO
<i>trimethoprim</i>	2	MO
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazole</i>	4	MO; NDS
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ARIKAYCE	5	PA; LA; NDS
atovaquone	4	MO
atovaquone-proguanil	4	MO
aztreonam	4	PA; MO
CAYSTON	5	PA; MO; LA; QL (84 por 56 días); NDS
chloramphenicol sod succinate	4	
chloroquine phosphate	2	MO
clindamycin hcl	2	MO
clindamycin in 5 % dextrose	4	PA; MO
clindamycin phosphate injection	4	PA; MO
COARTEM	4	MO
colistin (colistimethate na)	5	PA; MO; QL (30 por 10 días); NDS
dapsone oral	3	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	5	MO; NDS
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	5	MO; NDS
EMVERM	5	MO; NDS
ertapenem	4	PA; MO; QL (14 por 14 días)
ethambutol	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	4	PA; MO
gentamicin injection	4	PA; MO
gentamicin sulfate (ped) (pf)	4	PA; MO
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	2	MO
imipenem-cilastatin	4	PA; MO
IMPAVIDO	5	PA; MO; NDS
isoniazid injection	4	
isoniazid oral	2	MO
ivermectin oral tablet 3 mg	3	PA; MO; QL (20 por 30 días)
ivermectin oral tablet 6 mg	3	PA; QL (8 por 30 días)
lincomycin	4	PA
linezolid in dextrose 5%	4	PA; MO
linezolid oral suspension for reconstitution	3	MO; NDS
linezolid oral tablet	4	MO
linezolid-0.9% sodium chloride	4	PA
mefloquine	2	MO
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	3	PA; QL (30 por 10 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	3	PA; QL (10 por 10 días)
<i>metro i.v.</i>	4	PA; MO
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
<i>neomycin</i>	2	MO
<i>nitazoxanide</i>	5	MO; QL (12 por 30 días); NDS
<i>pentamidine inhalation</i>	4	B/D PA; MO; QL (1 por 28 días)
<i>pentamidine injection</i>	4	MO
<i>praziquantel</i>	4	MO
PRIFTIN	3	MO
PRIMAQUINE	4	MO
<i>pyrazinamide</i>	4	MO
<i>pyrimethamine</i>	5	PA; MO; NDS
<i>quinine sulfate</i>	4	MO
<i>rifabutin</i>	4	MO
<i>rifampin intravenous</i>	4	MO
<i>rifampin oral</i>	3	MO
SIRTURO	5	PA; LA; NDS
STREPTOMYCIN	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>tigecycline</i>	4	PA; MO; NDS
<i>tinidazole</i>	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TOBI PODHALER	5	MO; QL (224 por 56 días); NDS
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	5	PA; MO; QL (280 por 28 días); NDS
<i>tobramycin inhalation</i>	5	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
<i>tobramycin sulfate injection recon soln</i>	4	PA; QL (9 por 14 días)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	4	PA; MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	3	QL (4000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	3	QL (1000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	3	QL (4050 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg</i>	4	MO; QL (20 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i>	4	QL (2 por 10 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln 5 gram</i>	4	QL (4 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	4	MO; QL (10 por 10 días)
<i>vancomycin intravenous recon soln 750 mg</i>	4	MO; QL (27 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	4	PA; MO; QL (40 por 10 días)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	4	PA; MO; QL (80 por 10 días)
VIBATIV INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	5	PA; NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 por 30 días)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ANTIVÍRICOS		
<i>abacavir</i>	3	MO
<i>abacavir-lamivudine</i>	3	MO
<i>acyclovir oral capsule</i>	2	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	4	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (5 ml)</i>	4	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>acyclovir oral tablet</i>	2	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	4	B/D PA; MO
<i>adefovir</i>	4	MO
<i>amantadine hcl</i>	2	MO
APTIVUS	5	MO; NDS
<i>atazanavir</i>	4	MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION	5	MO; NDS
BIKTARVY	5	MO; NDS
CABENUVA	5	MO; NDS
<i>cidofovir</i>	5	B/D PA; MO; NDS
CIMDUO	5	MO; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	4	MO; NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	5	MO; NDS
DELSTRIGO	5	MO; NDS
DESCOVY	5	MO; NDS
DOVATO	5	MO; NDS
EDURANT	5	MO; NDS
EDURANT PED	5	MO; NDS
<i>efavirenz oral tablet</i>	4	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofof</i>	4	MO; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop</i>	5	MO; NDS
<i>emtricitabine</i>	4	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg</i>	4	MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	4	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	5	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION	3	MO
<i>entecavir</i>	4	MO
<i>etravirine</i>	4	MO; NDS
EVOTAZ	5	MO; NDS
<i>famciclovir</i>	2	MO
<i>fosamprenavir</i>	4	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	NDS
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln</i>	2	B/D PA; MO
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	2	B/D PA
GENVOYA	5	MO; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	MO
ISENTRESS HD	5	MO; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	5	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET	5	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	MO
JULUCA	5	MO; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION	4	MO
<i>lamivudine</i>	3	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	3	MO
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
LIVTENCITY	5	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i>	3	MO
<i>maraviroc</i>	5	MO; NDS
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET	5	PA; MO; QL (168 por 28 días); NDS
MAVYRET ORAL TABLET	5	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
<i>nevirapine oral suspension</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet</i>	3	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	4	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	4	MO
ODEFSEY	5	MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>oseltamivir</i>	3	MO
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	2	QL (20 por 30 días)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	2	QL (11 por 30 días)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	2	QL (30 por 30 días)
PIFELTRO	5	MO; NDS
PREVYMIS INTRAVENOUS	5	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	MO; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION	5	MO; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	MO
RELENZA DISKHALER	4	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	5	MO; NDS
<i>ribavirin oral capsule</i>	3	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	MO
<i>rimantadine</i>	4	MO
<i>ritonavir</i>	3	MO
RUKOBIA	5	MO; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION	3	MO
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
STRIBILD	5	MO; NDS
SUNLENCA	5	NDS
SYMTUZA	5	MO; NDS
SYNAGIS	5	MO; LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	MO
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	5	MO; NDS
TIVICAY PD	5	MO; NDS
TRIUMEQ	5	MO; NDS
TRIUMEQ PD	4	MO
TROGARZO	5	MO; LA; NDS
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	2	MO; QL (120 por 30 días)
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	5	MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>valganciclovir oral tablet</i>	3	MO
VEMLIDY	5	MO; NDS
VIRACEPT ORAL TABLET	5	MO; NDS
VIREAD ORAL POWDER	5	MO; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	4	MO
VOSEVI	5	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	MO
<i>zidovudine oral capsule</i>	3	MO
<i>zidovudine oral syrup</i>	3	MO
<i>zidovudine oral tablet</i>	2	MO
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor oral capsule</i>	2	MO
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	2	MO
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>	4	MO
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	4	MO
<i>cefazolin injection recon soln 10 gram, 100 gram, 300 gram</i>	4	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule</i>	2	MO
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution</i>	3	MO
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i>	4	
<i>cefepime injection</i>	4	MO
<i>cefixime</i>	4	MO
<i>cefloxitin in dextrose, iso-osm</i>	4	PA
<i>cefloxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>cefloxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	4	PA
<i>cefpodoxime</i>	4	MO
<i>cefprozil</i>	2	MO
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	4	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i>	4	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	4	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	4	
<i>ceftriaxone intravenous</i>	4	MO
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	2	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	4	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	4	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	4	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>tazicef injection</i>	4	PA; MO
<i>tazicef intravenous</i>	4	PA
TEFLARO	5	PA; MO; NDS
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous</i>	4	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	2	MO
<i>clarithromycin</i>	2	MO
DIFICID ORAL TABLET	5	MO; QL (20 por 10 días); NDS
<i>ery-tab oral tablet,delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	4	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	4	
<i>erythromycin oral</i>	4	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral tablet</i>	2	MO
<i>amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	2	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	MO
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	4	PA; MO
<i>ampicillin sodium intravenous</i>	4	PA
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	4	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	4	PA
<i>ampicillin-sulbactam intravenous</i>	4	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	4	MO
BICILLIN L-A	4	PA
<i>dicloxacillin</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>	4	PA
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	PA; NDS
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	4	PA
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	4	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	4	PA; MO
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	4	PA
<i>penicillin g potassium</i>	4	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	4	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	2	MO
<i>pfizerpen-g</i>	4	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram</i>	4	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	4	MO
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	4	PA; MO
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml</i>	4	PA
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	4	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	4	PA
<i>levofloxacin oral solution</i>	4	MO
<i>levofloxacin oral tablet</i>	2	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	4	PA; MO
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazine</i>	4	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	4	PA; MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	2	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1	MO
TETRACICLINAS		
<i>demeclocycline</i>	4	MO
<i>doxy-100</i>	4	PA; MO
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	4	PA
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	2	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	4	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO
<i>minocycline oral capsule</i>	2	MO
<i>minocycline oral tablet</i>	4	MO
<i>mondoxyme nl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>tetracycline oral capsule</i>	4	MO
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
<i>adenosine</i>	2	
<i>amiodarone intravenous solution</i>	2	MO
<i>amiodarone oral</i>	2	MO
<i>dofetilide</i>	4	MO
<i>flecainide</i>	2	MO
<i>ibutilide fumarate</i>	2	
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	2	
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)</i>	4	
<i>mexiletine</i>	3	MO
MULTAQ	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	MO
<i>procainamide injection</i>	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>propafenone oral tablet</i>	2	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	2	MO
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CAMZYOS	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>digoxin oral solution</i>	3	MO
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	MO
<i>dobutamine</i>	2	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>	2	B/D PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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>	2	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)</i>	2	B/D PA; MO
<i>dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	2	B/D PA
<i>dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	B/D PA; MO
ENTRESTO SPRINKLE	3	QL (240 por 30 días)
<i>ivabradine</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>milrinone</i>	2	B/D PA
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	2	B/D PA
<i>norepinephrine bitartrate</i>	2	
<i>ranolazine</i>	3	MO
<i>sacubitril-valsartan</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
VERQUVO	3	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VYNDAMAX	5	PA; MO; NDS
VYNDAREL	5	PA; MO
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	3	MO
<i>cholestyramine light</i>	3	MO
<i>colesevelam</i>	4	MO
<i>colestipol oral granules</i>	4	MO
<i>colestipol oral packet</i>	4	
<i>colestipol oral tablet</i>	4	MO
<i>ezetimibe</i>	2	MO
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	2	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	MO
<i>fenofibric acid</i>	2	
<i>fenofibric acid (choline)</i>	4	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl</i>	3	MO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
NEXLETOL	3	PA; MO
NEXLIZET	3	PA; MO
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	4	MO
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	2	MO
<i>pitavastatin calcium</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>prevalite</i>	3	MO
REPATHA	3	PA; QL (6 por 28 días)
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (7 por 28 días)
REPATHA SURECLICK	3	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)
NITRATOS		

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	3	MO
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	2	MO
<i>nitroglycerin translingual</i>	4	MO
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
<i>acebutolol</i>	2	MO
<i>aliskiren</i>	4	MO
<i>amiloride</i>	2	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	2	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-hctiazid</i>	2	MO
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	MO
<i>benazepril</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>betaxolol oral</i>	3	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>bumetanide injection</i>	4	MO
<i>bumetanide oral</i>	2	MO
<i>candesartan</i>	1	MO
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	2	MO
<i>captopril</i>	1	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>cartia xt</i>	2	MO
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	2	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>clonidine transdermal patch</i>	4	MO; QL (4 por 28 días)
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)</i>	2	
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	2	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	MO
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
EDARBI	3	MO
EDARBYCLOR	3	MO
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	MO
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>eplerenone</i>	3	MO
<i>esmolol intravenous solution</i>	2	
<i>ethacrynate sodium</i>	5	NDS
<i>felodipine</i>	2	MO
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution</i>	4	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine</i>	2	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>	3	MO; QL (180 por 30 días)
<i>isradipine</i>	2	
KERENDIA	3	PA; QL (30 por 30 días)
<i>labetalol intravenous solution</i>	2	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	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>	4	
<i>mannitol 25 % intravenous solution</i>	2	MO
<i>matzim la</i>	2	MO
<i>metolazone</i>	2	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate hydrochlorothiaz</i>	2	MO
<i>metoprolol tartrate intravenous</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metirosine</i>	5	PA; MO; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	MO
<i>moexipril</i>	1	MO
<i>nadolol</i>	4	MO
<i>nebivolol</i>	2	MO
<i>nicardipine intravenous solution</i>	2	
<i>nicardipine oral</i>	4	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	2	MO
<i>nimodipine oral capsule</i>	4	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid</i>	2	MO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>osmitrol 20 %</i>	4	
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>phentolamine</i>	2	
<i>pindolol</i>	3	MO
<i>prazosin</i>	2	MO
<i>propranolol intravenous</i>	2	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr</i>	2	MO
<i>propranolol oral solution</i>	2	MO
<i>propranolol oral tablet</i>	1	MO
<i>quinapril</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	MO
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	2	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	2	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>	2	MO
<i>timolol maleate oral</i>	4	MO
<i>torse mide oral</i>	2	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil</i>	2	MO
<i>treprostinil sodium</i>	5	PA; MO; LA; NDS
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
UPTRAVI ORAL TABLET	5	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK	5	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>	2	B/D PA; MO
<i>verapamil intravenous</i>	2	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	2	MO
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr</i>	2	MO
<i>verapamil oral tablet</i>	1	MO
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	2	MO
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>aminocaproic acid intravenous</i>	2	MO
<i>aminocaproic acid oral</i>	5	MO; NDS
<i>aspirin-dipyridamole</i>	4	MO
CABLIVI INJECTION KIT	5	PA; LA; NDS
CEPROTIN (BLUE BAR)	3	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	3	PA; MO
<i>cilostazol</i>	2	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	2	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dabigatran etexilate</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>dipyridamole intravenous</i>	2	
<i>dipyridamole oral</i>	4	MO
DOPTLET (10 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
DOPTLET (15 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; NDS
DOPTLET (30 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; NDS
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	3	MO; QL (74 por 180 días)
ELIQUIS ORAL TABLET	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>eltrombopag olamine</i>	5	PA; MO; NDS
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	4	MO; QL (28 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	4	MO; QL (22.4 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	4	MO; QL (16.8 por 28 días)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	4	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>	5	MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	MO
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)</i>	3	
<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>	3	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	3	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml</i>	3	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i>	3	
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	3	MO
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	3	
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	3	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	3	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	3	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml</i>	3	MO
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE	3	MO
<i>jantoven</i>	1	MO
<i>pentoxifylline</i>	2	MO
<i>prasugrel hcl</i>	3	MO
<i>protamine</i>	2	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution</i>	3	QL (775 por 28 días)
<i>rivaroxaban oral tablet</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ticagrelor</i>	3	MO
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	3	MO; QL (51 por 180 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	3	MO; QL (30 por 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	3	MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GASTROENTEROLOGÍA		
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	4	PA; MO
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	5	PA; MO; NDS
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA; MO
<i>balsalazide</i>	3	MO
<i>betaine</i>	5	MO; NDS
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release</i>	4	MO
<i>budesonide oral tablet, delayed and extended release</i>	5	MO; NDS
CIMZIA POWDER FOR RECONST	5	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
CIMZIA STARTER KIT	5	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
CINVANTI	3	MO
<i>compro</i>	4	MO
<i>constulose</i>	2	MO
CORTIFOAM	3	MO
CREON	3	MO
<i>cromolyn oral</i>	4	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dimenhydrinate injection solution</i>	2	MO
<i>dronabinol</i>	4	PA
<i>droperidol injection solution</i>	2	MO
<i>enulose</i>	2	MO
<i>fosaprepitant</i>	2	MO
GATTEX 30-VIAL	5	PA; MO; NDS
GATTEX ONE-VIAL	5	PA; MO; NDS
<i>gavilyte-c</i>	1	MO
<i>gavilyte-g</i>	1	MO
<i>gavilyte-n</i>	1	
<i>generlac</i>	2	MO
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	2	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	2	
<i>granisetron hcl oral</i>	3	B/D PA; MO
<i>hydrocortisone rectal</i>	4	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INFLIXIMAB	5	PA; QL (20 por 28 días); NDS
<i>lactulose oral solution</i>	2	MO
LINZESS	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lubiprostone</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	MO
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets)</i>	4	MO
<i>mesalamine oral capsule, extended release</i>	4	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	MO
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	4	MO
<i>mesalamine rectal</i>	4	MO
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	4	MO
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	2	MO
<i>metoclopramide hcl injection syringe</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	2	MO
<i>nitroglycerin rectal</i>	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution</i>	2	MO
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe</i>	2	
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	2	MO
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	4	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>palonosetron intravenous syringe</i>	2	
<i>peg 3350-electrolytes</i>	1	
<i>peg-electrolyte</i>	1	MO
<i>prochlorperazine</i>	4	MO
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	MO
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	2	MO
<i>procto-med hc</i>	2	MO
<i>proctosol hc topical</i>	2	MO
<i>proctozone-hc</i>	2	MO
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	ST; MO; QL (12 por 30 días); NDS
REMICADE	5	PA; MO; QL (20 por 28 días); NDS
<i>scopolamine base</i>	4	MO
SKYRIZI INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (30 por 180 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5	PA; MO; QL (1.2 por 56 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; MO; QL (2.4 por 56 días); NDS
<i>sodium,potassium,m ag sulfates oral recon soln 17.5- 3.13-1.6 gram</i>	4	MO
<i>sodium,potassium,m ag sulfates oral recon soln 17.5- 3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	4	
SUCRAID	5	PA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>sulfasalazine</i>	2	MO
SYMPROIC	3	MO; QL (30 por 30 días)
TRULANCE	3	QL (30 por 30 días)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	3	MO
<i>ursodiol oral tablet</i>	3	MO
VARUBI	3	B/D PA
VIBERZI	5	MO; QL (60 por 30 días); NDS
VOWST	5	PA; LA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAY ED 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	3	MO
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAY ED RELEASE(DR/EC) 60,000-189,600- 252,600 UNIT	5	MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZYMFENTRA	5	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

ANTIDIARREICOS/ ANTIESPASMÓDICOS

<i>dicyclomine intramuscular</i>	2	MO
<i>dicyclomine oral capsule</i>	2	MO
<i>dicyclomine oral solution</i>	4	MO
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	4	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	3	MO
<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	2	
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	2	MO
<i>glycopyrrolate injection</i>	2	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	MO
<i>loperamide oral capsule</i>	2	MO
<i>opium tincture</i>	2	MO

TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i>	2	MO
<i>famotidine (pf)</i>	2	MO
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	2	MO
<i>famotidine intravenous</i>	2	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>misoprostol</i>	3	MO
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pantoprazole intravenous</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<i>sucralfate oral suspension</i>	4	MO
<i>sucralfate oral tablet</i>	2	MO

IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA

MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS

ACTIMMUNE	5	PA; MO; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
BESREMI	5	PA; LA; NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	5	PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS
FULPHILA	5	PA; MO; NDS
ILARIS (PF)	5	PA; MO; LA; QL (2 por 28 días); NDS
NIVESTYM	5	PA; MO; NDS
NYVEPRIA	5	PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OMNITROPE	5	PA; MO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	MO; QL (4 por 28 días); NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	MO; QL (2 por 28 días); NDS
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (1 por 180 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (1 por 180 días); NDS
<i>plerixafor</i>	5	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	3	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	5	PA; MO; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS	4	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	3	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5	PA; MO; NDS
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ABRYSVO (PF)	1	V
ACTHIB (PF)	3	
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)	3	
DENGVAIXIA (PF)	3	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ENGERIX-B (PF)	1	B/D PA; V
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	1	B/D PA; V
<i>fomepizole</i>	2	
GAMASTAN	3	MO
GAMUNEX-C	5	PA; MO; NDS
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	3	
HEPLISAV-B (PF)	1	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	3	
HYPERHEP B	3	
HYPERHEP B NEONATAL	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	1	B/D PA; V
INFANRIX (DTAP) (PF)	3	
IPOL	1	V
IXIARO (PF)	1	V
JYNNEOS (PF)	1	B/D PA; V
KINRIX (PF)	3	
MENQUADFI (PF)	1	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	V
M-M-R II (PF)	1	V

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
MRESVIA (PF)	1	V
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENBRAYA (PF)	1	V
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	1	V
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	3	
PRIORIX (PF)	1	V
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	1	B/D PA; V
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA; V
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	
ROTATEQ VACCINE	3	
SHINGRIX (PF)	1	V; QL (2 por 720 días)
STAMARIL (PF)	1	V
TENIVAC (PF)	1	V
TICE BCG	3	B/D PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	V

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TRUMENBA	1	V
TWINRIX (PF)	1	V
TYPHIM VI	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	V
VARIVAX (PF)	1	V
VARIZIG	3	
VAXCHORA VACCINE	1	V
VIMKUNYA	1	V
VIVOTIF	1	MO; V
XEMBIFY	5	B/D PA; MO; LA; NDS
YF-VAX (PF)	1	V

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES

AGENTES COADYUVANTES

BOMYNTRA	5	B/D PA; MO; NDS
----------	---	-----------------

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dexrazoxane hcl</i>	5	B/D PA; MO; NDS
ELITEK	5	MO; NDS
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG	5	B/D PA; NDS
<i>leucovorin calcium oral</i>	3	MO
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; MO; NDS
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mesna intravenous</i>	2	B/D PA; MO
<i>mesna oral</i>	5	MO; NDS
WYOST	5	B/D PA; MO; NDS

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES

<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>abirtega</i>	4	PA; QL (120 por 30 días)
ADCETRIS	5	B/D PA; MO; NDS
ADSTILADRIN	5	PA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AKEEGA	5	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
ALECENSA	5	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; QL (60 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	5	PA; QL (30 por 180 días); NDS
<i>anastrozole</i>	2	MO
ANKTIVA	5	PA; MO; NDS
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	5	B/D PA; NDS
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i>	5	B/D PA; MO; NDS
ASPARLAS	5	PA; NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5	PA; QL (60 por 30 días); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (240 por 30 días); NDS
AVMAPKI-FAKZYNJA	5	PA; QL (66 por 28 días); NDS
AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>azacitidine</i>	5	B/D PA; MO; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>azathioprine sodium</i>	2	B/D PA; MO
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	B/D PA; LA; NDS
BELEODAQ	5	B/D PA; NDS
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; MO; NDS
BENDEKA	5	B/D PA; MO; NDS
BESPONS	5	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>bexarotene</i>	5	PA; MO; NDS
<i>bicalutamide</i>	2	MO
BIZENGRI	5	PA; NDS
<i>bleomycin</i>	2	B/D PA; MO
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	5	B/D PA; NDS
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	5	B/D PA; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	5	B/D PA; MO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; MO; QL (330 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
BRAFTOVI	5	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE	5	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
BRUKINSA ORAL TABLET	5	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>busulfan</i>	5	B/D PA; NDS
CABOMETYX	5	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	5	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>carboplatin intravenous solution</i>	2	B/D PA; MO
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	5	B/D PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cisplatin intravenous solution</i>	2	B/D PA; MO
<i>cladribine</i>	5	B/D PA; MO; NDS
<i>clofarabine</i>	5	B/D PA; NDS
COLUMVI	5	PA; MO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
COPIKTRA	5	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
COTELLIC	5	PA; MO; LA; QL (63 por 28 días); NDS
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	2	B/D PA; MO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3	B/D PA
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	3	B/D PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	3	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
CYRAMZA	5	B/D PA; MO; NDS
<i>cytarabine</i>	2	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)</i>	2	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml</i>	2	B/D PA
<i>dacarbazine</i>	2	B/D PA; MO
<i>dactinomycin</i>	2	B/D PA; MO
DANYELZA	5	B/D PA; NDS
DANZITEN	5	PA; QL (112 por 28 días); NDS
DARZALEX	5	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg</i>	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
<i>dasatinib oral tablet 70 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
DATROWAY	5	PA; MO; NDS
<i>daunorubicin</i>	2	B/D PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>decitabine</i>	5	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>	5	B/D PA; NDS
<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>	5	B/D PA; MO; NDS
<i>doxorubicin intravenous recon soln</i>	2	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml</i>	2	B/D PA
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5	B/D PA; MO; NDS
DROXIA	3	MO
ELAHERE	5	PA; LA; NDS
ELIGARD	3	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ELIGARD (3 MONTH)	3	PA; MO
ELIGARD (4 MONTH)	3	PA; MO
ELIGARD (6 MONTH)	3	PA; MO
ELREXFIO	5	PA; NDS
ELZONRIS	5	B/D PA; LA; NDS
EMPLICITI	5	B/D PA; MO; NDS
EMRELIS	5	PA; NDS
ENVARUSUS XR	4	B/D PA; MO
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	2	B/D PA
EPKINLY	5	PA; NDS
ERBITUX	5	B/D PA; MO; NDS
<i>eribulin</i>	5	B/D PA; NDS
ERIVEDGE	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ERWINASE	5	B/D PA; NDS
ETOPOPHOS	4	B/D PA; MO
<i>etoposide intravenous</i>	2	B/D PA; MO
EULEXIN	5	NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	5	PA; MO; QL (150 por 30 días); NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	3	B/D PA; MO
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	B/D PA; MO; NDS
<i>exemestane</i>	4	MO
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA; MO
<i>floxuridine</i>	2	B/D PA
<i>fludarabine intravenous recon soln</i>	2	B/D PA; MO
<i>fludarabine intravenous solution</i>	2	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	B/D PA; MO
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i>	2	B/D PA
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21 por 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; QL (84 por 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA; QL (21 por 28 días); NDS
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; MO; NDS
FYARRO	5	PA; NDS
GAVRETO	5	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GAZYVA	5	B/D PA; MO; NDS
<i>gefitinib</i>	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	2	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>	2	B/D PA; MO
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	3	B/D PA
<i>gengraf oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
GILOTRIF	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	4	MO
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	5	MO; NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 40 MG	4	MO; NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; QL (126 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA; QL (84 por 28 días); NDS
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION	5	PA; QL (168 por 28 días); NDS
GRAFAPEX	5	B/D PA; NDS
HERNEXEOS	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
<i>hydroxyurea</i>	2	MO
IBRANCE	5	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
IBTROZI	5	PA; QL (90 por 30 días); NDS
ICLUSIG	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>idarubicin</i>	2	B/D PA; MO
IDHIFA	5	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>ifosfamide intravenous recon soln</i>	2	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml</i>	2	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml</i>	2	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	3	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA; QL (90 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	5	PA; QL (324 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
IMDELLTRA	5	PA; MO; NDS
IMFINZI	5	B/D PA; MO; LA; NDS
IMJUDO	5	PA; MO; NDS
IMKELDI	5	PA; MO; QL (280 por 28 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
INQOVI	5	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS
INREBIC	5	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	2	B/D PA; MO
<i>irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml</i>	5	B/D PA; NDS
<i>irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml</i>	5	B/D PA; MO; NDS
ISTODAX	5	B/D PA; MO; NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
IWILFIN	5	PA; LA; QL (240 por 30 días); NDS
IXEMPRA	5	B/D PA; MO; NDS
JAKAFI	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
JEMPERLI	5	PA; MO; NDS
JEVTANA	5	B/D PA; MO; NDS
JYLAMVO	4	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
KADCYLA	5	PA; MO; NDS
KEYTRUDA	5	PA; MO; NDS
KIMMTRAK	5	B/D PA; NDS
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA; MO; QL (42 por 28 días); NDS
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA; MO; QL (63 por 28 días); NDS
KOSELUGO	5	PA; NDS
KRAZATI	5	PA; QL (180 por 30 días); NDS
KYPROLIS	5	B/D PA; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	5	PA; MO; NDS
<i>lapatinib</i>	5	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg</i>	5	PA; QL (28 por 28 días); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1)	5	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)	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>letrozole</i>	2	MO
LEUKERAN	5	MO; NDS
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	4	PA; MO
LIBTAYO	5	PA; LA; NDS
LONSURF	5	PA; MO; NDS
LOQTORZI	5	PA; MO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LUNSUMIO	5	PA; MO; NDS
LUPRON DEPOT	5	PA; MO; NDS
LYNOZYFIC	5	PA; NDS
LYNPARZA	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
LYSODREN	5	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	5	PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	5	PA; LA; QL (112 por 28 días); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA; LA; QL (140 por 28 días); NDS
MARGENZA	5	B/D PA; NDS
MATULANE	5	NDS
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	3	PA
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	3	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	4	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	3	PA; MO
MEKINIST ORAL RECON SOLN	5	PA; MO; QL (1260 por 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
MEKTOVI	5	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
<i>melphalan hcl</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurine oral suspension</i>	5	MO; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	3	MO
<i>methotrexate sodium</i>	2	B/D PA; MO
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln</i>	2	B/D PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	2	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 5 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>mitomycin intravenous recon soln 40 mg</i>	5	B/D PA; MO; NDS
<i>mitoxantrone</i>	2	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
MODEYSO	5	PA; QL (20 por 28 días); NDS
MONJUVI	5	PA; LA; NDS
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	4	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	5	B/D PA; MO; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	3	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	4	B/D PA; MO
MYHIBBIN	5	B/D PA; MO; NDS
MYLOTARG	5	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>nelarabine</i>	5	B/D PA; MO; NDS
NEMLUVIO	5	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
NERLYNX	5	PA; MO; LA; NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	5	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
<i>nilutamide</i>	5	PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NINLARO	5	PA; MO; QL (3 por 28 días); NDS
NUBEQA	5	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
NULOJIX	5	B/D PA; MO; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA; MO; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)</i>	4	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)</i>	4	PA; MO; NDS
<i>octreotide, microspheres</i>	5	PA; NDS
ODOMZO	5	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; QL (56 por 28 días); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (180 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	PA; QL (96 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	5	PA; QL (16 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	5	PA; QL (20 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA; QL (24 por 28 días); NDS
OJJAARA	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ONCASPAR	5	B/D PA; NDS
ONIVYDE	5	B/D PA; NDS
ONUREG	5	PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS
OPDIVO	5	PA; MO; NDS
OPDIVO QVANTIG	5	PA; MO; NDS
OPDUALAG	5	PA; MO; NDS
ORGOVYX	5	PA; LA; QL (30 por 28 días); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA; QL (90 por 30 días); NDS
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg</i>	2	B/D PA
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 50 mg</i>	2	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i>	2	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	2	B/D PA; MO
<i>paclitaxel protein-bound</i>	5	B/D PA; MO; NDS
PADCEV	5	PA; MO; NDS
<i>paraplatin</i>	2	B/D PA
<i>pazopanib</i>	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (28 por 28 días); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	5	B/D PA; MO; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	4	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	5	B/D PA; NDS
PERJETA	5	B/D PA; MO; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	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)	5	PA; QL (56 por 28 días); NDS
POLIVY	5	PA; MO; NDS
POMALYST	5	PA; MO; LA; QL (21 por 28 días); NDS
POTELIGEO	5	PA; NDS
PRALATREXATE	5	B/D PA; MO; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS	3	B/D PA; MO
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	4	B/D PA; MO
QINLOCK	5	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA; QL (120 por 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA; QL (60 por 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (240 por 30 días); NDS
REZLIDHIA	5	PA; QL (60 por 30 días); NDS
REZUROCK	5	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>romidepsin intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; NDS
ROMVIMZA	5	PA; LA; QL (8 por 28 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; QL (150 por 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	5	PA; MO; QL (336 por 28 días); NDS
RUBRACA	5	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RUXIENCE	5	PA; MO; NDS
RYBREVANT	5	PA; MO; NDS
RYDAPT	5	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
RYLAZE	5	B/D PA; NDS
RYTELO	5	PA; NDS
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 10 MG	5	PA; MO; NDS
SARCLISA	5	PA; LA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (120 por 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (60 por 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (300 por 30 días); NDS
SIGNIFOR	5	PA; NDS
SIMULECT	3	B/D PA; MO
<i>sirolimus oral solution</i>	4	B/D PA; MO; NDS
<i>sirolimus oral tablet</i>	4	B/D PA; MO
SOLTAMOX	5	MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	5	PA; MO; NDS
<i>sorafenib</i>	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
STIVARGA	5	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
<i>sunitinib malate</i>	5	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
SYLVANT	5	B/D PA; MO; NDS
TABLOID	4	MO
TABRECTA	5	PA; MO; NDS
<i>tacrolimus oral capsule</i>	3	B/D PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	5	PA; MO; QL (840 por 28 días); NDS
TAGRISSO	5	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
TALVEY	5	PA; NDS
TALZENNA	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>tamoxifen</i>	2	MO
TAZVERIK	5	PA; LA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TECENTRIQ	5	B/D PA; MO; LA; NDS
TECENTRIQ HYBREZA	5	B/D PA; MO; LA; NDS
TECVAYLI	5	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOUS	5	B/D PA; MO; NDS
<i>temsirolimus</i>	5	B/D PA; MO; NDS
TEPMETKO	5	PA; LA; NDS
TEVIMBRA	5	PA; NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg</i>	5	B/D PA; NDS
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	5	B/D PA; MO; NDS
TIBSOVO	5	PA; NDS
TIVDAK	5	PA; MO; NDS
<i>topotecan</i>	5	B/D PA; MO; NDS
<i>toremifene</i>	5	MO; NDS
<i>torpenz</i>	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
TRAZIMERA	5	B/D PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	PA; MO
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	5	MO; NDS
TRODELVY	5	PA; LA; NDS
TRUQAP	5	PA; QL (64 por 28 días); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; QL (300 por 30 días); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
UNITUXIN	5	B/D PA; NDS
<i>valrubicin</i>	5	B/D PA; MO; NDS
VANFLYTA	5	PA; QL (56 por 28 días); NDS
VECTIBIX	5	B/D PA; MO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA; LA; QL (60 por 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (180 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA; LA; QL (42 por 180 días); NDS
VERZENIO	5	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>vinblastine</i>	2	B/D PA; MO
<i>vincristine</i>	2	B/D PA; MO
<i>vinorelbine</i>	2	B/D PA; MO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION	5	PA; MO; LA; QL (300 por 30 días); NDS
VIZIMPRO	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
VONJO	5	PA; QL (120 por 30 días); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (60 por 30 días); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
VYLOY	5	PA; LA; NDS
VYXEOS	5	B/D PA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
WELIREG	5	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XERMELO	5	PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS
XOSPATA	5	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
XPOVIO	5	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
YERVOY	5	B/D PA; MO; NDS
YONDELIS	5	B/D PA; NDS
ZALTRAP	5	B/D PA; MO; NDS
ZEJULA ORAL TABLET	5	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZELBORAF	5	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
ZEPZELCA	5	PA; NDS
ZIIHERA	5	PA; NDS
ZIRABEV	5	B/D PA; MO; NDS
ZOLADEX	4	PA; MO
ZOLINZA	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
ZYDELIG	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ZYKADIA	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ZYNLONTA	5	PA; LA; NDS
ZYNYZ	5	PA; MO; NDS

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

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

<i>benztropine injection</i>	2	MO
<i>benztropine oral</i>	2	PA; MO
<i>bromocriptine</i>	4	MO
<i>carbidopa</i>	4	MO
<i>carbidopa-levodopa</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	4	MO
<i>entacapone</i>	4	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	5	PA; QL (300 por 30 días); NDS
NEUPRO	4	MO
<i>pramipexole oral tablet</i>	2	MO
<i>rasagiline</i>	4	MO
<i>ropinirole oral tablet</i>	2	MO
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr</i>	4	MO
<i>selegiline hcl</i>	2	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>	2	QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	2	MO; QL (4500 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	MO; QL (180 por 30 días)
BELBUCA	3	PA; MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	2	
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	2	MO
<i>buprenorphine transdermal patch</i>	4	PA; MO; QL (4 por 28 días)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360 por 30 días)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	3	MO; QL (360 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>	4	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	3	QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	3	MO; QL (5550 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	MO; QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>	3	QL (360 por 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	3	MO; QL (50 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml</i>	4	
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	4	MO
<i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	MO
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	4	
<i>hydromorphone oral liquid</i>	4	MO; QL (2400 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet</i>	3	MO; QL (180 por 30 días)
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i>	4	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>methadone injection solution</i>	3	
<i>methadone intensol</i>	3	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral concentrate</i>	3	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	PA; MO; QL (600 por 30 días)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	3	PA; MO; QL (120 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	3	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>methadose oral concentrate</i>	3	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i>	4	
<i>morphine (pf) injection solution 1 mg/ml</i>	4	MO
<i>morphine concentrate oral solution</i>	3	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine injection syringe 4 mg/ml</i>	4	MO
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	MO
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	
<i>morphine oral solution</i>	3	MO; QL (900 por 30 días)
<i>morphine oral tablet</i>	3	MO; QL (180 por 30 días)
<i>morphine oral tablet extended release</i>	3	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>oxycodone oral capsule</i>	3	MO; QL (360 por 30 días)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	4	MO; QL (180 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>oxycodone oral solution</i>	3	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	MO; QL (180 por 30 días)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	3	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>	3	MO; QL (360 por 30 días)
SUBLOCADE	5	MO; NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film</i>	3	MO
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet</i>	2	MO
<i>butorphanol injection</i>	2	MO
<i>butorphanol nasal</i>	4	MO; QL (10 por 28 días)
<i>celecoxib</i>	2	MO
<i>clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml</i>	2	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium topical drops</i>	2	MO; QL (300 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	3	MO; QL (1000 por 28 días)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump</i>	5	MO; QL (224 por 28 días); NDS
<i>diclofenac-misoprostol</i>	4	MO
<i>diflunisal</i>	3	MO
<i>etodolac oral capsule</i>	3	MO
<i>etodolac oral tablet</i>	3	MO
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr</i>	4	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	MO
<i>ibu</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral suspension</i>	2	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg</i>	1	
JOURNAVX	4	MO; QL (30 por 90 días)
KLOXXADO	4	MO
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>nabumetone</i>	2	MO
<i>nalbuphine</i>	2	
<i>naloxone injection solution</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe)</i>	2	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>naltrexone</i>	2	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	2	MO
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	2	MO
<i>oxaprozin oral tablet</i>	4	MO
<i>piroxicam</i>	3	MO
<i>salsalate</i>	1	MO
<i>sulindac</i>	2	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (240 por 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	2	MO; QL (240 por 30 días)
VIVITROL	5	MO; NDS
ANTICONVULSIVANTES		
BRIVIACT INTRAVENOUS	4	MO; QL (600 por 30 días)
BRIVIACT ORAL SOLUTION	5	MO; QL (600 por 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET	5	MO; QL (60 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	3	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	3	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	MO
<i>clobazam oral suspension</i>	4	PA; MO; QL (480 por 30 días)
<i>clobazam oral tablet</i>	4	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	MO; QL (300 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	2	MO; QL (300 por 30 días)
DIACOMIT	5	PA; LA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>diazepam rectal</i>	4	MO
DILANTIN 30 MG	4	MO
<i>divalproex</i>	2	MO
EPIDIOLEX	5	PA; MO; LA; NDS
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg</i>	5	MO; QL (180 por 30 días); NDS
<i>eslicarbazepine oral tablet 400 mg</i>	5	MO; QL (90 por 30 días); NDS
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	5	MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>ethosuximide</i>	3	MO
<i>felbamate</i>	4	MO
FINTEPLA	5	PA; LA; QL (360 por 30 días); NDS
<i>fosphenytoin</i>	2	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	5	MO; QL (720 por 30 días); NDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	2	MO; QL (270 por 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	2	MO; QL (360 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	3	MO; QL (2160 por 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	3	QL (2160 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	MO; QL (180 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	MO; QL (120 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	3	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	3	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lacosamide intravenous</i>	3	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral solution</i>	4	MO; QL (1200 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	2	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	4	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	2	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml</i>	2	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>levetiracetam intravenous</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	2	MO
<i>methsuximide</i>	4	MO
NAYZILAM	3	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	4	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	3	MO
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	5	MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	5	MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>phenobarbital oral elixir</i>	4	PA; MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	3	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	3	PA; MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml</i>	2	MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 65 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	2	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	2	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	MO; QL (90 por 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pregabalin oral solution</i>	3	MO; QL (900 por 30 días)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	4	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	5	PA; MO; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	4	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	4	PA; MO; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	MO
<i>subvenite</i>	1	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tiagabine</i>	4	MO
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	2	PA; MO
<i>topiramate oral solution</i>	4	PA
<i>topiramate oral tablet</i>	2	PA; MO
<i>valproate sodium</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>valproic acid</i>	2	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)</i>	2	
VALTOCO	3	PA; MO; QL (10 por 30 días)
<i>vigabatrin</i>	5	PA; MO; LA; NDS
<i>vigadrone</i>	5	PA; LA; NDS
XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	MO; QL (56 por 28 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5	MO; QL (30 por 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	MO; QL (60 por 30 días); NDS
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	MO; QL (28 por 180 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5	MO; QL (28 por 180 días); NDS
ZONISADE	5	PA; MO; NDS
<i>zonisamide</i>	2	PA; MO
ZTALMY	5	PA; LA; QL (1100 por 30 días); NDS
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	MO; QL (2.4 por 56 días); NDS
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	MO; QL (3.2 por 56 días); NDS
ABILIFY MAINTENA	5	MO; QL (1 por 28 días); NDS
<i>amitriptyline</i>	2	MO
<i>amoxapine</i>	3	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	4	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>aripiprazole oral tablet</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
ARISTADA INITIO	5	MO; QL (4.8 por 365 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	MO; QL (3.9 por 56 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	MO; QL (1.6 por 28 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	MO; QL (2.4 por 28 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	MO; QL (3.2 por 28 días); NDS
<i>armodafinil</i>	4	PA; MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>asenapine maleate</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	MO; QL (30 por 30 días)
AUVELITY	4	ST; QL (60 por 30 días); NDS
BELSOMRA	3	PA; QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	2	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>buspirone</i>	2	MO
CAPLYTA	4	MO; QL (30 por 30 días)
<i>chlorpromazine injection</i>	2	MO
<i>chlorpromazine oral</i>	4	MO
<i>citalopram oral solution</i>	3	MO
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>clomipramine</i>	4	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	4	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	3	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	3	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	3	PA; MO; QL (360 por 30 días)
<i>clozapine oral tablet</i>	3	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i>	4	
COBENFY	4	MO; QL (60 por 30 días)
COBENFY STARTER PACK	4	MO; QL (56 por 180 días)
<i>desipramine</i>	2	MO
<i>desvenlafaxine succinate</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr</i>	4	MO
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	3	MO
<i>diazepam injection</i>	2	PA
<i>diazepam intensol</i>	2	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral concentrate</i>	2	PA; QL (240 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	2	PA; QL (1200 por 30 días)
<i>diazepam oral tablet</i>	2	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>doxepin oral capsule</i>	4	MO
<i>doxepin oral concentrate</i>	4	MO
<i>doxepin oral tablet</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	MO; QL (60 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	MO; QL (30 por 30 días)
<i>duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
EMSAM	5	MO; NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	2	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FANAPT	4	ST; MO; QL (60 por 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A	4	ST; MO; QL (8 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK B	4	ST; QL (12 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK C	4	ST; QL (8 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	3	QL (28 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR	3	QL (30 por 30 días)
<i>flumazenil</i>	2	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (90 por 30 días)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>fluoxetine oral solution</i>	2	MO
<i>fluphenazine decanoate</i>	4	MO
<i>fluphenazine hcl</i>	4	MO
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>haloperidol</i>	2	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	4	MO
<i>haloperidol lactate injection</i>	4	MO
<i>haloperidol lactate intramuscular</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral</i>	2	MO
<i>imipramine hcl</i>	4	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	MO; QL (3.5 por 180 días); NDS
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	MO; QL (5 por 180 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	MO; QL (0.75 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	MO; QL (1 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	MO; QL (1.5 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	MO; QL (0.25 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	MO; QL (0.88 por 90 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	MO; QL (1.32 por 90 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	MO; QL (1.75 por 90 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	MO; QL (2.63 por 90 días); NDS
<i>lithium carbonate</i>	2	MO
<i>lithium citrate</i>	2	
<i>lorazepam injection</i>	2	PA; MO
<i>lorazepam intensol</i>	2	PA; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	2	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	PA; MO; QL (90 por 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>loxapine succinate</i>	2	MO
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	4	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
MARPLAN	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	3	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	4	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable</i>	4	MO
<i>mirtazapine oral tablet</i>	2	MO
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating</i>	3	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	3	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	3	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	4	
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	4	MO
<i>nefazodone</i>	4	MO
<i>nortriptyline oral capsule</i>	2	MO
<i>nortriptyline oral solution</i>	4	MO
NUPLAZID	4	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine intramuscular</i>	4	MO
<i>olanzapine oral tablet</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating</i>	4	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	5	ST; MO; QL (90 por 30 días); NDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	5	ST; MO; QL (30 por 30 días); NDS
OPIPZA ORAL FILM 5 MG	5	ST; MO; QL (180 por 30 días); NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	4	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	4	
<i>perphenazine</i>	4	MO
<i>phenelzine</i>	3	MO
<i>pimozide</i>	4	MO
<i>protriptyline</i>	4	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
RALDESY	5	ST; MO; NDS
<i>ramelteon</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
REXULTI ORAL TABLET	4	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	3	MO; QL (2 por 28 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml</i>	5	QL (2 por 28 días); NDS
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 50 mg/2 ml</i>	5	MO; QL (2 por 28 días); NDS
<i>risperidone oral solution</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)
SECUADO	5	MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>sertraline oral concentrate</i>	4	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)	5	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)	5	PA; MO; NDS
<i>thioridazine</i>	3	MO
<i>thiothixene</i>	2	MO
<i>tranlycypromine</i>	4	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	3	MO
<i>trimipramine</i>	4	MO
TRINTELLIX	3	QL (30 por 30 días)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)
VERSACLOZ	5	NDS
<i>vilazodone</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	4	MO; QL (30 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	4	MO; QL (60 por 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	4	MO; QL (30 por 30 días)
<i>ziprasidone hcl</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	MO
<i>zolpidem oral tablet</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA; MO; QL (28 por 365 días); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA; MO; QL (14 por 365 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 por 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	QL (2 por 28 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	QL (1 por 28 días); NDS
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
<i>baclofen oral tablet</i>	2	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	PA; MO
<i>dantrolene intravenous</i>	2	
<i>dantrolene oral</i>	4	MO
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 2,000 MCG/ML, 500 MCG/ML	3	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 50 MCG/ML	3	B/D PA
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	3	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	3	MO
<i>revonto</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet</i>	2	MO
VYVGART	5	PA; MO; LA; NDS
VYVGART HYTRULO	5	PA; MO; LA; NDS
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	3	PA; MO; QL (1 por 30 días)
<i>dihydroergotamine injection</i>	5	NDS
<i>dihydroergotamine nasal</i>	5	QL (8 por 28 días); NDS
EMGALITY PEN	3	PA; MO; QL (2 por 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; MO; QL (2 por 30 días)
<i>ergotamine-caffeine</i>	3	MO
<i>naratriptan</i>	3	MO; QL (18 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NURTEC ODT	3	PA; QL (16 por 30 días)
QULIPTA	3	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>rizatriptan oral tablet</i>	2	MO; QL (24 por 28 días)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating</i>	3	MO; QL (24 por 28 días)
<i>sumatriptan nasal</i>	4	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	2	MO; QL (18 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	4	QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	4	MO; QL (8 por 28 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	4	MO; QL (8 por 28 días)
UBRELVY	3	PA; QL (20 por 30 días)
TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
AUSTEDO XR	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	5	PA; MO; QL (28 por 180 días); NDS
BRIUMVI	5	PA; MO; QL (24 por 180 días); NDS
<i>dalfampridine</i>	3	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	4	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	4	PA; MO; QL (120 por 180 días); NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	4	MO
<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i>	2	MO
<i> fingolimod</i>	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	3	MO
<i>galantamine oral solution</i>	4	MO
<i>galantamine oral tablet</i>	3	MO
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12 por 28 días); NDS
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; MO; QL (12 por 28 días); NDS
INGREZZA	5	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	5	PA; LA; QL (28 por 180 días); NDS
INGREZZA SPRINKLE	5	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
KESIMPTA PEN	5	PA; MO; QL (1.6 por 28 días); NDS
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr</i>	4	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	3	PA; MO
<i>memantine oral tablet</i>	2	PA; MO
<i>memantine-donepezil</i>	3	PA; MO
NUEDEXTA	5	PA; MO; NDS
RADICAVA ORS	5	PA; MO; NDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	5	PA; MO; NDS
<i>rivastigmine</i>	4	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	3	MO
<i>teriflunomide</i>	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	4	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
VUMERITY	5	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
ZEPOSIA	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	5	PA; MO; QL (28 por 180 días); NDS
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	5	PA; MO; QL (7 por 180 días); NDS

MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO

AGENTES VARIOS

<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	3	QL (60 por 30 días)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	1	MO
<i>denta 5000 plus</i>	2	MO
<i>dentagel</i>	2	MO
<i>fluoride (sodium) dental cream</i>	2	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	2	
<i>fluoride (sodium) dental paste</i>	2	MO
<i>fraiche 5000</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	MO; QL (30 por 20 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>kourzeq</i>	2	
<i>oralone</i>	2	
<i>periogard</i>	2	MO
<i>sf</i>	2	MO
<i>sf 5000 plus</i>	2	MO
<i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i>	2	MO
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	2	MO
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	3	MO; QL (7.5 por 7 días)
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	3	MO
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	4	MO
<i>flac otic oil</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	4	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	4	MO
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	3	MO
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>altavera (28)</i>	2	MO
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	2	MO
<i>amethyst (28)</i>	2	MO
<i>apri</i>	2	MO
<i>aranelle (28)</i>	2	MO
<i>aubra eq</i>	2	MO
<i>aviane</i>	2	
<i>azurette (28)</i>	2	MO
<i>camrese</i>	2	MO
<i>cryselle (28)</i>	2	MO
<i>cyred eq</i>	2	MO
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	2	MO
<i>daysee</i>	2	MO
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	2	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.f. oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	4	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	MO
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>elinest</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>enpresse</i>	2	
<i>enskyce</i>	2	MO
<i>estarylla</i>	2	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	2	
<i>falmina (28)</i>	2	MO
<i>introvale</i>	2	
<i>isibloom</i>	2	MO
<i>jasmiel (28)</i>	2	MO
<i>jolessa</i>	2	MO
<i>juleber</i>	2	MO
<i>kalliga</i>	2	
<i>kariva (28)</i>	2	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>kurvelo (28)</i>	2	MO
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	2	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	2	MO
<i>larin 24 fe</i>	2	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	2	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	2	MO
<i>lessina</i>	2	MO
<i>levonest (28)</i>	2	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	2	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month</i>	2	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	2	MO
<i>levora-28</i>	2	
<i>loryna (28)</i>	2	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	2	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	2	MO
<i>lutra (28)</i>	2	
<i>marlissa (28)</i>	2	MO
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	2	MO
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	2	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	2	MO
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	2	MO
<i>mili</i>	2	MO
<i>mono-lynyah</i>	2	MO
<i>nikki (28)</i>	2	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	MO
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	MO
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>philith</i>	2	MO
<i>pimtree (28)</i>	2	MO
<i>portia 28</i>	2	MO
<i>reclipsen (28)</i>	2	MO
<i>setlakin</i>	2	MO
<i>sprintec (28)</i>	2	MO
<i>sronyx</i>	2	
<i>syeda</i>	2	MO
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	2	MO
<i>tilia fe</i>	4	MO
<i>tri-estarylla</i>	2	MO
<i>tri-legest fe</i>	4	MO
<i>tri-lynyah</i>	2	MO
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	MO
<i>tri-lo-marzia</i>	2	MO
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	
<i>tri-sprintec (28)</i>	2	MO
<i>turqoz (28)</i>	2	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	2	MO
<i>vestura (28)</i>	2	MO
<i>vienva</i>	2	MO
<i>vioele (28)</i>	2	MO
<i>wera (28)</i>	2	MO
<i>zovia 1-35 (28)</i>	2	MO
<i>zumandimine (28)</i>	2	MO
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
<i>abigale</i>	3	
<i>abigale lo</i>	3	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>camila</i>	2	MO
<i>deblitane</i>	2	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	MO
<i>dotti</i>	3	MO; QL (8 por 28 días)
DUAVEE	3	MO
<i>emzahh</i>	2	MO
<i>errin</i>	2	MO
<i>estradiol oral</i>	4	MO
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	3	MO; QL (8 por 28 días)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	3	MO; QL (4 por 28 días)
<i>estradiol vaginal</i>	4	MO
<i>estradiol valerate</i>	4	MO
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	3	MO
<i>fyavolv</i>	4	MO
<i>gallifrey</i>	2	MO
<i>heather</i>	2	MO
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	3	MO
IMVEXXY STARTER PACK	3	MO
<i>incassia</i>	2	MO
<i>jencycla</i>	2	MO
<i>jinteli</i>	4	MO
<i>lyleq</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	3	MO; QL (8 por 28 días)
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.0375 mg/24 hr</i>	3	QL (8 por 28 días)
<i>lyza</i>	2	
<i>medroxyprogesterone</i>	2	MO
<i>meleya</i>	2	MO
<i>mimvey</i>	3	MO
<i>nora-be</i>	2	MO
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	2	
<i>norethindrone acetate</i>	2	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	4	MO
<i>orquidea</i>	2	MO
PREMARIN ORAL	3	MO
PREMARIN VAGINAL	3	MO
PREMPHASE	3	MO
PREMPRO	3	MO
<i>progesterone</i>	2	MO
<i>progesterone micronized oral</i>	3	MO
<i>sharobel</i>	2	MO
<i>yuvafem</i>	4	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OXITÓCICOS		
<i>methylergonovine oral</i>	4	PA
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	3	MO
<i>eluryng</i>	3	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	3	
LILETTA	3	MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	3	MO
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	2	LA
MYFEMBREE	5	PA; MO; NDS
NEXPLANON	3	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	3	
<i>terconazole</i>	3	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	3	MO
<i>xulane</i>	3	
<i>zafemy</i>	3	MO
OFTALMOLOGÍA		
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>bromfenac</i>	3	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	2	MO
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>apraclonidine</i>	3	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	3	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	MO
ANTIBIÓTICOS		
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	2	MO
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	2	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>gatifloxacin</i>	4	MO
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	2	MO; QL (70 por 30 días)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	3	MO
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	3	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	3	MO
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous</i>	3	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	3	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	3	MO
<i>neo-polycin</i>	3	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	2	MO
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	2	MO; QL (10 por 14 días)
ANTIVÍRICOS		
<i>trifluridine</i>	3	MO
ZIRGAN	4	MO
BETABLOQUEANTES		
<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	3	MO
<i>carteolol</i>	2	MO
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops (not single use)</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	4	MO
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	3	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	2	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	4	MO
<i>neo-polycin hc</i>	3	
TOBRADEX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT	3	MO; QL (3.5 por 14 días)
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	3	MO; QL (10 por 14 días)
ESTEROIDES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>fluorometholone</i>	3	MO
INVELTYS	3	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	3	MO
OZURDEX	5	MO; NDS
<i>prednisolone acetate</i>	2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	MO
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	3	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	2	MO
<i>methazolamide</i>	4	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye)</i>	3	MO
<i>dorzolamide</i>	2	MO
<i>dorzolamide-timolol</i>	2	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	MO
<i>miostat</i>	2	
RHOPRESSA	3	
ROCKLATAN	3	
SIMBRINZA	3	MO
<i>travoprost</i>	3	MO
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	3	MO
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	3	MO
BYOOVIZ	5	PA; MO; NDS
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
CYSTARAN	5	PA; NDS
<i>epinastine</i>	3	MO
MIEBO (PF)	3	MO; QL (3 por 30 días)
OXERVATE	5	PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PAVBLU	5	PA; MO; NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	2	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	2	MO
XDEMZY	5	PA; QL (10 por 42 días); NDS
XIIDRA	3	MO; QL (60 por 30 días)

PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR

<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	2	MO
NICOTROL NS	4	MO
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	MO
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	4	
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack</i>	4	MO

AGENTES VARIOS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>acamprosate</i>	4	MO
<i>acetic acid irrigation</i>	2	MO
<i>anagrelide</i>	3	MO
<i>caffeine citrate intravenous</i>	2	
<i>caffeine citrate oral</i>	2	MO
<i>carglumic acid</i>	5	PA; MO; NDS
<i>cevimeline</i>	4	MO
CHEMET	3	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	4	B/D PA
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	4	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	MO
<i>deferasirox oral granules in packet</i>	5	PA; MO; NDS
<i>deferasirox oral tablet</i>	3	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	3	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; MO; NDS
<i>deferiprone</i>	5	PA; MO; NDS
<i>deferoxamine</i>	2	B/D PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	4	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	4	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	4	MO
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	4	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	4	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	4	
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	4	
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	4	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	2	MO
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	4	PA; MO; NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	5	PA; MO; NDS
<i>glutamine (sickle cell)</i>	5	PA; MO; NDS
INCRELEX	5	LA; NDS
<i>kionex (with sorbitol)</i>	3	
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	4	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	4	MO
<i>levocarnitine oral tablet</i>	4	MO
LOKELMA	3	MO
<i>midodrine</i>	3	MO
<i>nitisinone</i>	5	PA; MO; NDS
<i>pilocarpine hcl oral</i>	4	MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; MO; LA; NDS
REVCIVI	5	PA; LA; NDS
REZDIFFRA	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>riluzole</i>	3	PA; MO
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	4	PA; MO
<i>sodium benzoate-sod phenylacet</i>	5	NDS
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous</i>	4	MO
<i>sodium chloride irrigation</i>	4	MO
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	PA; MO; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	MO
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	3	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>sps (with sorbitol) rectal</i>	3	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; MO; NDS
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 25.2 GRAM	3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	3	MO
<i>water for irrigation, sterile</i>	4	MO
XIAFLEX	5	PA; NDS
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	2	PA; MO

ANTÍDOTOS

<i>acetylcysteine intravenous</i>	3	
-----------------------------------	---	--

SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN

<i>lactated ringers irrigation</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	2	
<i>ringer's irrigation</i>	4	MO

PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/ TRATAMIENTO TÓPICO

ANTIBACTERIANOS TÓPICOS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>gentamicin topical</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>mupirocin</i>	2	MO; QL (44 por 30 días)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	4	MO
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan topical solution</i>	2	QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical cream</i>	2	MO; QL (90 por 28 días)
<i>ciclopirox topical gel</i>	3	MO; QL (100 por 28 días)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	3	MO; QL (120 por 28 días)
<i>ciclopirox topical solution</i>	2	MO; QL (6.6 por 28 días)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	3	MO; QL (60 por 28 días)
<i>clotrimazole topical cream</i>	2	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole topical solution</i>	2	MO; QL (30 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	3	MO; QL (45 por 28 días)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	4	MO; QL (60 por 28 días)
<i>econazole nitrate topical cream</i>	4	MO; QL (85 por 28 días)
<i>ketoconazole topical cream</i>	2	MO; QL (60 por 28 días)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	2	MO; QL (120 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>klayesta</i>	3	MO; QL (180 por 30 días)
<i>naftifine topical gel</i>	4	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nyamyc</i>	3	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin topical cream</i>	2	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical ointment</i>	2	MO; QL (30 por 28 días)
<i>nystatin topical powder</i>	3	MO; QL (180 por 30 días)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	3	MO; QL (60 por 28 días)
<i>nystop</i>	3	MO; QL (180 por 30 días)

ANTIPSORIÁSICOS/ ANTISEBORREICOS

<i>acitretin</i>	4	MO
<i>calcipotriene scalp</i>	3	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical cream</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)
COSENTYX (2 SYRINGES)	5	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
COSENTYX INTRAVENOUS	5	PA; QL (20 por 28 días); NDS
COSENTYX PEN	5	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
COSENTYX PEN (2 PENS)	5	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (2.5 por 28 días); NDS
COSENTYX UNOREADY PEN	5	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
SELARSDI INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	2	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; MO; QL (2 por 84 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; MO; QL (2 por 84 días); NDS
STELARA INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
TREMFYA INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (20 por 28 días); NDS
TREMFYA PEN	5	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	5	PA; MO; QL (12 por 180 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (2 por 28 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
USTEKINUMAB INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
USTEKINUMAB SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
USTEKINUMAB-AEKN SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
USTEKINUMAB-AEKN SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
YESINTEK INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>acyclovir topical ointment</i>	4	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>penciclovir</i>	4	MO; QL (5 por 30 días)
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	2	MO
<i>alclometasone</i>	3	MO
<i>betamethasone dipropionate</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	3	MO
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	3	MO
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	3	MO
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	3	MO
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	3	MO
<i>clobetasol scalp</i>	4	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	4	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical foam</i>	4	MO; QL (100 por 28 días)
<i>clobetasol topical gel</i>	4	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical lotion</i>	4	MO; QL (118 por 28 días)
<i>clobetasol topical ointment</i>	4	MO; QL (120 por 28 días)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	4	MO; QL (236 por 28 días)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	4	MO; QL (120 por 28 días)
<i>desonide topical cream</i>	4	MO
<i>desonide topical ointment</i>	4	MO
<i>fluocinolone</i>	4	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	4	MO
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fluocinonide topical gel</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide topical solution</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluocinonide-emollient</i>	4	MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	3	MO
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	3	MO
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	4	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	4	MO
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	2	MO
<i>mometasone topical</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	2	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	MO
<i>triderm topical cream 0.5 %</i>	2	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>malathion</i>	4	MO
<i>permethrin</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
ADBRY	5	PA; MO; QL (6 por 28 días); NDS
<i>ammonium lactate</i>	2	MO
<i>chloroprocaine (pf)</i>	2	
<i>dermacinrx lidocan</i>	4	PA; QL (90 por 30 días)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	4	PA; MO; QL (100 por 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5	PA; MO; QL (4.56 por 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5	PA; MO; QL (4.56 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
EUCRISA	4	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	3	MO
<i>fluorouracil topical solution</i>	3	MO
<i>glydo</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	3	MO
<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	2	
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	2	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal</i>	3	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	2	MO
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	3	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	4	PA; MO; QL (90 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>lidocaine topical ointment</i>	4	MO; QL (50 por 30 días)
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>lidocaine-epinephrine</i>	2	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000</i>	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>lidocan iii</i>	4	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan iv</i>	4	PA; QL (90 por 30 días)
<i>lidocan v</i>	4	PA; QL (90 por 30 días)
<i>methoxsalen</i>	5	MO; NDS
PANRETIN	5	PA; MO; NDS
<i>pimecrolimus</i>	4	PA; MO; QL (100 por 30 días)
<i>podofilox topical solution</i>	3	MO
<i>polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)</i>	2	
<i>polocaine-mpf</i>	2	
SANTYL	3	MO; QL (180 por 30 días)
<i>silver sulfadiazine</i>	2	MO
<i>ssd</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>tacrolimus topical</i>	4	PA; MO; QL (100 por 30 días)
<i>tridacaine ii</i>	4	PA; QL (90 por 30 días)
VALCHLOR	5	PA; MO; NDS
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>accutane</i>	4	
<i>amnesteem</i>	4	
<i>azelaic acid</i>	4	MO
<i>claravis</i>	4	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	3	MO; QL (120 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily</i>	3	MO; QL (150 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	3	MO; QL (120 por 30 días)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	3	MO; QL (120 por 30 días)
<i>ery pads</i>	3	MO
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	2	MO
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazole topical</i>	4	MO
<i>tazarotene topical cream</i>	4	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>tazarotene topical gel</i>	4	PA; MO
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA; MO
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	3	PA; MO
<i>zenatane</i>	4	

SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES

AGENTES ANTITIROIDES

<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>propylthiouracil</i>	2	MO

HORMONAS SUPRARRENALES

<i>cortisone</i>	2	
<i>dexamethasone intensol</i>	2	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	2	MO
<i>dexamethasone oral solution</i>	2	MO
<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	MO
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	2	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection</i>	2	MO
<i>fludrocortisone</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>hydrocortisone oral</i>	2	MO
<i>methylprednisolone acetate</i>	2	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	2	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack</i>	2	MO
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	MO
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	2	MO
<i>prednisolone oral solution</i>	2	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>	2	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml)</i>	2	
<i>prednisone intensol</i>	4	MO
<i>prednisone oral solution</i>	2	MO
<i>prednisone oral tablet</i>	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 10 mg/ml</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	2	MO
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine intravenous recon soln</i>	2	
<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>	2	MO
<i>unithroid</i>	1	MO
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYPE	5	PA; MO; NDS
<i>cabergoline</i>	3	MO
<i>calcitonin (salmon) injection</i>	5	MO; NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	4	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	4	PA; MO
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	4	PA; MO; NDS
<i>clomid</i>	2	PA; MO
<i>clomiphene citrate</i>	2	PA
CRYSVITA	5	PA; MO; LA; NDS
<i>danazol</i>	4	MO
<i>desmopressin injection</i>	2	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	4	MO
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopressin oral</i>	3	MO
<i>doxercalciferol intravenous</i>	2	MO
<i>doxercalciferol oral</i>	4	MO
ELAPRASE	5	PA; MO; NDS
FABRAZYME	5	PA; MO; NDS
KANUMA	5	PA; MO; NDS
LUMIZYME	5	PA; MO; NDS
MEPSEVII	5	PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA; MO; NDS
NAGLAZYME	5	PA; MO; LA; NDS
<i>pamidronate intravenous solution</i>	2	MO
<i>paricalcitol intravenous</i>	2	
<i>paricalcitol oral</i>	4	MO
<i>sapropterin</i>	5	PA; MO; NDS
SOMAVERT	5	PA; MO; NDS
STRENSIQ	5	PA; LA; NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml</i>	3	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	PA
<i>testosterone enanthate</i>	3	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel</i>	4	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	3	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	4	PA; MO; QL (150 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	4	PA; MO; QL (300 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	4	PA; MO; QL (37.5 por 30 días)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	4	PA; MO; QL (150 por 30 días)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app</i>	4	PA; MO; QL (180 por 30 días)
<i>tolvaptan</i>	5	PA; MO; NDS
<i>tolvaptan (polycystic kidney dis) oral tablet</i>	5	PA; NDS
<i>tolvaptan (polycystic kidney dis) oral tablets, sequential</i>	5	PA; MO; NDS
VIMIZIM	5	PA; MO; LA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	2	B/D PA; MO
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	2	MO; QL (360 por 30 días)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (180 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>alcohol pads</i>	3	PA; MO
BAQSIMI	3	MO
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>diazoxide</i>	5	MO; NDS
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	3	PA
<i>exenatide subcutaneous pen injector 10 mcg/dose(250 mcg/ml) 2.4 ml</i>	3	PA; QL (2.4 por 30 días)
<i>exenatide subcutaneous pen injector 5 mcg/dose (250 mcg/ml) 1.2 ml</i>	3	PA; QL (1.2 por 30 días)
FARXIGA	3	MO; QL (30 por 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	3	MO
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	3	MO
FIASP U-100 INSULIN	3	MO
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	3	MO; QL (30 por 30 días)
GVOKE	3	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML	3	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	3	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	MO
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	3	MO
HUMALOG U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	3	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	3	MO
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	3	MO
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INPEFA	3	PA; MO; QL (30 por 30 días)
INSULIN ASPART U-100	3	MO
INSULIN LISPRO	3	MO
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	3	MO
JANUMET	3	MO; QL (60 por 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	MO; QL (30 por 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	MO; QL (60 por 30 días)
JANUVIA	3	MO; QL (30 por 30 días)
JARDIANCE	3	MO; QL (30 por 30 días)
JENTADUETO	3	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	MO; QL (60 por 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	3	MO
LANTUS U-100 INSULIN	3	MO
<i>liraglutide</i>	3	PA; QL (9 por 30 días)
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	3	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	3	MO
LYUMJEV U-100 INSULIN	3	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)
<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	3	PA; QL (2 por 28 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	2	MO; QL (180 por 30 días)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	3	MO
NOVOLIN N FLEXPEN	3	MO
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	3	MO
NOVOLIN R FLEXPEN	3	MO
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	3	MO
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	3	MO
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN	3	MO
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	3	MO
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	3	MO
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	3	MO
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)	3	PA; QL (3 por 28 días)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	2	MO; QL (960 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	2	MO; QL (480 por 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	2	MO; QL (240 por 30 días)
RYBELSUS	3	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
SOLQUA 100/33	3	QL (15 por 25 días)
SYNJARDY	3	MO; QL (60 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	MO; QL (30 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	MO; QL (60 por 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	3	MO
TRADJENTA	3	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	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	3	MO; QL (60 por 30 días)
TRULICITY	3	PA; QL (2 por 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	MO; QL (30 por 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	MO; QL (60 por 30 días)
SISTEMA LOCOMOTOR/ REUMATOLOGÍA		
OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS		
ACTEMRA ACTPEN	5	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ACTEMRA INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (160 por 28 días); NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	5	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
BENLYSTA	5	PA; MO; NDS
ENBREL MINI	5	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
HADLIMA	5	PA; MO; QL (4.8 por 28 días); NDS
HADLIMA PUSHTOUCH	5	PA; MO; QL (4.8 por 28 días); NDS
HADLIMA(CF)	5	PA; MO; QL (2.4 por 28 días); NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	5	PA; MO; QL (2.4 por 28 días); NDS
KINERET	5	PA; QL (20.1 por 30 días); NDS
<i>leflunomide</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OTEZLA	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; MO; QL (55 por 180 días); NDS
<i>penicillamine oral tablet</i>	5	PA; MO; NDS
RINVOQ LQ	5	PA; MO; QL (360 por 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	5	PA; MO; QL (84 por 180 días); NDS
SAVELLA ORAL TABLET	3	QL (60 por 30 días)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK	3	QL (55 por 180 días)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; MO; QL (3 por 28 días); NDS
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	5	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3 por 28 días); NDS
TYENNE AUTOINJECTOR	5	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
TYENNE INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (160 por 28 días); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS	5	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION	5	PA; MO; QL (480 por 24 días); NDS
XELJANZ ORAL TABLET	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
XELJANZ XR	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS

TRATAMIENTO DE LA GOTA

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>allopurinol sodium</i>	2	
<i>aloprim</i>	2	
<i>colchicine oral tablet</i>	2	MO
<i>febuxostat</i>	3	MO
<i>probenecid</i>	3	MO
<i>probenecid-colchicine</i>	3	MO
TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS		
<i>alendronate oral solution</i>	2	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	5	PA; MO; QL (2.48 por 28 días); NDS
CONEXXENCE	3	MO; QL (1 por 180 días)
<i>ibandronate intravenous solution</i>	2	PA
<i>ibandronate intravenous syringe</i>	2	PA; MO
<i>ibandronate oral</i>	2	MO; QL (1 por 30 días)
JUBBONTI	3	MO; QL (1 por 180 días)
<i>raloxifene</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	3	MO; QL (1 por 30 días)
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	3	MO; QL (4 por 28 días)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	3	MO; QL (30 por 30 días)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	4	MO; QL (4 por 28 días)
<i>teriparatide (only ndcs starting with 47781)</i>	5	PA; MO; QL (2.48 por 28 días); NDS
TYMLOS	5	PA; MO; QL (1.56 por 30 días); NDS

SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA

AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ ANTIALÉRGICOS

<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	2	MO
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	MO
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	3	MO; QL (4 por 30 días)
<i>epinephrine injection solution</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	2	PA; MO
<i>levocetirizine oral solution</i>	4	MO
<i>levocetirizine oral tablet</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>promethazine injection solution</i>	4	MO
<i>promethazine oral</i>	4	PA; MO

AGENTES PULMONARES

<i>acetylcysteine</i>	3	B/D PA; MO
ADEMPAS	5	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días); NDS
ADVAIR HFA	3	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>	2	MO; QL (17 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	2	QL (13.4 por 30 días)
<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>	2	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	2	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	2	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	4	MO
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (12.2 por 30 días)
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (6.1 por 30 días)
<i>alyq</i>	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>ambrisentan</i>	5	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION	3	QL (13 por 30 días)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200 MCG/ACTUATION , 50 MCG/ACTUATION	3	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)	3	MO; QL (1 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	3	MO; QL (2 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14)	3	QL (2 por 28 días)
ATROVENT HFA	4	MO; QL (25.8 por 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE	3	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>bosentan oral tablet</i>	5	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
BREO ELLIPTA	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>breyana</i>	3	MO; QL (10.3 por 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE	3	MO; QL (10.7 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>budesonide-formoterol</i>	3	QL (10.2 por 30 días)
CINRYZE	5	PA; MO; NDS
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL (8 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cromolyn inhalation</i>	3	B/D PA; MO
DULERA	3	MO; QL (13 por 30 días)
FASENRA PEN	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	5	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
<i>flunisolide</i>	3	MO; QL (50 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	4	ST; MO; QL (12 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	4	ST; MO; QL (24 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	4	ST; MO; QL (10.6 por 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	MO; QL (16 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>formoterol fumarate</i>	4	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
<i>icatibant</i>	5	PA; MO; NDS
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	2	B/D PA; MO
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D PA; MO
KALYDECO	5	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
<i>mometasone nasal</i>	2	MO; QL (34 por 30 días)
<i>montelukast oral granules in packet</i>	4	MO
<i>montelukast oral tablet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	2	MO
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	5	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; LA; QL (0.4 por 28 días); NDS
OFEV	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
OPSUMIT	5	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
OPSYNVI	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	5	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET	5	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
<i>pirfenidone oral capsule</i>	5	PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	5	PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (2 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	3	MO; QL (1 por 30 días)
PULMOZYME	5	B/D PA; MO; NDS
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	3	QL (10.6 por 30 días)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	3	QL (21.2 por 30 días)
<i>roflumilast</i>	4	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<i>sajazir</i>	5	PA; MO; NDS
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	5	NDS
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	3	PA; MO; QL (90 por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	3	MO; QL (4 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
STIOLTO RESPIMAT	3	MO; QL (4 por 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT	3	MO; QL (4 por 30 días)
SYMDEKO	5	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	4	PA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>terbutaline oral</i>	4	MO
<i>terbutaline subcutaneous</i>	2	MO
<i>theophylline oral elixir</i>	4	MO
<i>theophylline oral solution</i>	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	2	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	2	
<i>tiotropium bromide</i>	3	QL (90 por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	MO; QL (60 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	5	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	5	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
TYVASO	5	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días); NDS
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	5	B/D PA; QL (11.6 por 180 días); NDS
TYVASO REFILL KIT	5	B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días); NDS
TYVASO STARTER KIT	5	B/D PA; MO; QL (81.2 por 180 días); NDS
WINREVAIR	5	PA; MO; QL (1 por 21 días); NDS
<i>wixela inhub</i>	3	QL (60 por 30 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	5	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS
<i>zafirlukast</i>	4	MO

SUMINISTROS DIVERSOS

SUMINISTROS DIVERSOS

NOVO PEN NEEDLE	3	PA; MO
CEQR SIMPLICITY	3	MO
CEQR SIMPLICITY INSERTER	3	MO
GAUZE PADS 2 X 2	3	PA; MO
EMBECTA INSULIN SYRINGE	3	PA; MO
BD PEN NEEDLE	3	PA; MO
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	3	MO
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	3	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	3	MO
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2 PLUS)	3	MO; QL (1 por 720 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	MO
EMBECTA PEN NEEDLE	3	PA; MO
BD INSULIN SYRINGE	3	PA; MO

UROLÓGICOS

AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

<i>alprostadil</i>	2	
<i>bethanechol chloride</i>	2	MO
CYSTAGON	4	PA; LA
ELMIRON	3	MO
<i>glycine urologic</i>	2	
<i>glycine urologic solution</i>	2	
K-PHOS NO 2	3	MO
K-PHOS ORIGINAL	3	MO
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	2	MO
RENACIDIN	3	MO
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	4	PA; MO; QL (60 por 30 días)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	4	PA; MO; QL (30 por 30 días)

ANTICOLINÉRGICOS/ ANTIESPASMÓDICOS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>mirabegron</i>	3	MO
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	2	MO
<i>solifenacin</i>	2	MO
<i>tolterodine</i>	3	MO
<i>trospium oral tablet</i>	2	MO

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)

<i>alfuzosin</i>	2	MO
<i>dutasteride</i>	2	MO
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	4	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>	4	
<i>alburx (human) 25 %</i>	4	
<i>alburx (human) 5 %</i>	4	
<i>albutein 25 %</i>	4	
<i>albutein 5 %</i>	4	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ELECTROLITOS		
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	3	PA; MO
<i>calcium chloride</i>	2	
<i>calcium gluconate intravenous</i>	2	
<i>effer-k oral tablet, effervescent 25 meq</i>	2	MO
<i>klor-con 10</i>	2	MO
<i>klor-con 8</i>	2	MO
<i>klor-con m10</i>	2	MO
<i>klor-con m15</i>	2	MO
<i>klor-con m20</i>	2	MO
<i>klor-con oral packet 20</i>	4	MO
<i>klor-con/ef</i>	2	MO
<i>lactated ringers intravenous</i>	4	MO
<i>magnesium chloride injection</i>	4	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	3	
<i>magnesium sulfate in water</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	4	MO
<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	4	
<i>potassium acetate</i>	4	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	4	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<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>	4	
<i>potassium chloride intravenous</i>	4	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	2	MO
<i>potassium chloride oral liquid</i>	4	MO
<i>potassium chloride oral packet</i>	4	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	4	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	4	
<i>potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml</i>	4	
<i>ringer's intravenous</i>	4	
<i>sodium acetate</i>	4	
<i>sodium bicarbonate intravenous</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	4	MO
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	4	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	4	MO
<i>sodium chloride intravenous</i>	4	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>sodium phosphate</i>	4	MO
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
<i>electrolyte-148</i>	3	
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	4	
<i>electrolyte-a</i>	3	
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	4	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	4	
ISOLYTE-S	4	
PLENAMINE	4	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	4	B/D PA
<i>travasol 10 %</i>	4	B/D PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TROPHAMINE 10 %	4	B/D PA
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	2	MO
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	2	MO
<i>wescap-pn dha</i>	2	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

A		
<i>abacavir</i>	5	<i>ala-cort</i> .....70
<i>abacavir-lamivudine</i>	5	<i>albendazole</i>.....2
<i>abigale</i>	62	<i>albumin, human 25 %</i>89
<i>abigale lo</i>	62	<i>alburx (human) 25 %</i>89
ABILIFY ASIMTUFII.....	49	<i>alburx (human) 5 %</i>89
ABILIFY MAINTENA.....	49	<i>albutein 25 %</i>89
<i>abiraterone</i>	27	<i>albutein 5 %</i>89
<i>abirtega</i>	27	<i>albuterol sulfate</i>.....83, 84
ABRYSVO (PF).....	25	<i>alclometasone</i>.....70
<i>acamprosate</i>	66	<i>alcohol pads</i>.....77
<i>acarbose</i>	76	ALDURAZYME.....75
<i>accutane</i>	73	ALECENSA.....27
<i>acebutolol</i>	14	<i>alendronate</i>.....82
<i>acetaminophen-codeine</i>	42	<i>alfuzosin</i>.....89
<i>acetazolamide</i>	65	<i>aliskiren</i>.....14
<i>acetazolamide sodium</i>	65	<i>allopurinol</i>.....82
<i>acetic acid</i>	60, 66	<i>allopurinol sodium</i>.....82
<i>acetylcysteine</i>	68, 83	<i>aloprim</i>.....82
<i>acitretin</i>	69	<i>alosetron</i>.....20
ACTEMRA.....	81	<i>alprostadi</i>.....89
ACTEMRA ACTPEN.....	80	<i>altavera (28)</i>.....60
ACTHIB (PF).....	25	ALUNBRIG.....27
ACTIMMUNE.....	24	ALVESCO.....84
<i>acyclovir</i>	5, 70	<i>alyacen 1/35 (28)</i>.....60
<i>acyclovir sodium</i>	5	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>.....60
ADACEL(TDAP		<i>alyq</i>.....84
ADOLESN/ADULT)(PF) 25		<i>amantadine hcl</i>.....5
ADBRY.....	72	<i>ambrisentan</i>.....84
ADCETRIS.....	27	<i>amethyst (28)</i>.....60
<i>adefovir</i>	5	<i>amikacin</i>.....2
ADEMPAS.....	83	<i>amiloride</i>.....14
<i>adenosine</i>	12	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>
<i>adrenalin</i>	83	14
ADSTILADRIN.....	27	<i>aminocaproic acid</i>.....18
ADVAIR HFA.....	83	<i>amiodarone</i>.....12
AIMOVIG AUTOINJECTOR		<i>amitriptyline</i>.....49
.....	57	<i>amlodipine</i>.....14
AKEEGA.....	27	<i>amlodipine-atorvastatin</i>.....13
		<i>amlodipine-benazepril</i>.....14
		<i>amlodipine-olmesartan</i>.....14
		<i>amlodipine-valsartan</i>.....14
		<i>amlodipine-valsartan-hcthiacid</i>
		14
		<i>ammonium lactate</i>.....72
		<i>amnestem</i>.....73
		<i>amoxapine</i>.....49
		<i>amoxicillin</i>.....9
		<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..10
		<i>amphotericin b</i>.....2
		<i>amphotericin b liposome</i>.....2
		<i>ampicillin</i>.....10
		<i>ampicillin sodium</i>.....10
		<i>ampicillin-sulbactam</i>.....10
		<i>anagrelide</i>.....66
		<i>anastrozole</i>.....27
		ANKTIVA.....27
		<i>apraclonidine</i>.....64
		<i>aprepitant</i>.....20
		<i>apri</i>.....60
		APTIVUS.....5
		<i>aranelle (28)</i>.....60
		ARCALYST.....24
		AREXVY (PF).....25
		<i>arformoterol</i>.....84
		ARIKAYCE.....3
		<i>aripiprazole</i>.....49, 50
		ARISTADA.....50
		ARISTADA INITIO.....50
		<i>armodafinil</i>.....50
		<i>arsenic trioxide</i>.....27
		<i>asenapine maleate</i>.....50
		ASMANEX HFA.....84
		ASMANEX TWISTHALER
		84, 85
		ASPARLAS.....27
		<i>aspirin-dipyridamole</i>.....18
		ASSURE ID INSULIN
		SAFETY.....88

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

<i>atazanavir</i>	5	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>		<i>bromocriptine</i>	42
<i>atenolol</i>	14	.....	15	BRUKINSA.....	28
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	14	<i>bendamustine</i>	28	<i>budesonide</i>	20, 85
<i>atomoxetine</i>	50	BENDEKA.....	28	<i>budesonide-formoterol</i>	85
<i>atorvastatin</i>	13	BENLYSTA	81	<i>bumetanide</i>	15
<i>atovaquone</i>	3	<i>benztropine</i>	42	<i>buprenorphine hcl</i>	43
<i>atovaquone-proguanil</i>	3	BESPONS.....	28	<i>buprenorphine transdermal</i>	
<i>atropine</i>	65	BESREMI.....	24	<i>patch</i>	43
ATROVENT HFA	85	<i>betaine</i>	20	<i>buprenorphine-naloxone</i>	44
<i>aubra eq</i>	60	<i>betamethasone dipropionate</i>	70	<i>bupropion hcl</i>	50
AUGMENTIN.....	10	<i>betamethasone valerate</i>	70	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	
AUGTYRO	27	<i>betamethasone, augmented</i> .70,		.....	66
AUSTEDO	58	71		<i>buspirone</i>	50
AUSTEDO XR.....	58	BETASERON	24	<i>busulfan</i>	28
AUSTEDO XR TITRATION		<i>betaxolol</i>	15, 64	<i>butorphanol</i>	44
KT(WK1-4).....	58	<i>bethanechol chloride</i>	89	BYOOVIZ	65
AUVELITY	50	BEVESPI AEROSPHERE	85	C	
<i>aviane</i>	60	<i>bexarotene</i>	28	CABENUVA.....	5
AVMAPKI-FAKZYNJA	27	BEXSERO.....	25	<i>cabergoline</i>	75
AVONEX.....	24	<i>bicalutamide</i>	28	CABLIVI.....	18
AYVAKIT.....	27	BICILLIN L-A	10	CABOMETYX.....	28
<i>azacitidine</i>	28	BIKTARVY	5	<i>caffeine citrate</i>	66
<i>azathioprine</i>	28	<i>bimatoprost</i>	65	<i>calcipotriene</i>	69
<i>azathioprine sodium</i>	28	<i>bisoprolol fumarate</i>	15	<i>calcitonin (salmon)</i>	75
<i>azelaic acid</i>	73	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<i>calcitriol</i>	75
<i>azelastine</i>	59, 65	.....	15	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	
<i>azithromycin</i>	9	BIZENGRI	28	.....	90
<i>aztreonam</i>	3	<i>bleomycin</i>	28	<i>calcium chloride</i>	90
<i>azurette (28)</i>	60	BLINCYTO.....	28	<i>calcium gluconate</i>	90
B		BOMYNTRA	26	CALQUENCE	
<i>bacitracin</i>	64	BONSITY.....	82	(ACALABRUTINIB MAL)	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	64	BOOSTRIX TDAP.....	25	.....	28
<i>baclofen</i>	56	<i>bortezomib</i>	28	<i>camila</i>	62
<i>balsalazide</i>	20	BORTEZOMIB	28	<i>camrese</i>	60
BALVERSA.....	28	<i>bosentan</i>	85	CAMZYOS.....	12
BAQSIMI.....	77	BOSULIF	28	<i>candesartan</i>	15
BARACLUDE	5	BRAFTOVI.....	28	<i>candesartan-</i>	
BAVENCIO	28	BREO ELLIPTA	85	<i>hydrochlorothiazid</i>	15
BCG VACCINE, LIVE (PF)	25	<i>breyana</i>	85	CAPLYTA.....	50
BD PEN NEEDLE	88	BREZTRI AEROSPHERE.....	85	CAPRELSA.....	28
BELBUCA	42	<i>brimonidine</i>	64	<i>captopril</i>	15
BELEODAQ	28	BRIUMVI.....	58	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	
BELSOMRA	50	BRIVIACT	45	.....	15
<i>benazepril</i>	14	<i>bromfenac</i>	63	<i>carbamazepine</i>	46

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

<i>carbidopa</i>	42	<i>chlorothiazide sodium</i>	15	CLINIMIX 8%-	
<i>carbidopa-levodopa</i>	42	<i>chlorthalidone</i>	15	D14W(SULFITE-FREE)..	91
<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>cholestyramine (with sugar)</i> .	13	<i>clobazam</i>	46
<i>entacapone</i>	42	<i>cholestyramine light</i>	13	<i>clobetasol</i>	71
<i>carboplatin</i>	28	<i>ciclodan</i>	68	<i>clobetasol-emollient</i>	71
<i>carglumic acid</i>	66	<i>ciclopirox</i>	68	<i>clofarabine</i>	29
<i>carmustine</i>	28	<i>cidofovir</i>	5	<i>clomid</i>	75
<i>carteolol</i>	64	<i>cilostazol</i>	18	<i>clomiphene citrate</i>	75
<i>cartia xt</i>	15	CIMDUO	5	<i>clomipramine</i>	50
<i>carvedilol</i>	15	CIMZIA	20	<i>clonazepam</i>	46
<i>caspofungin</i>	2	CIMZIA POWDER FOR		<i>clonidine (pf)</i>	15, 44
CAYSTON	3	RECONST	20	<i>clonidine hcl</i>	15, 51
<i>cefaclor</i>	8	CIMZIA STARTER KIT	20	<i>clonidine transdermal patch</i> .	15
<i>cefadroxil</i>	8	<i>cinacalcet</i>	75	<i>clopidogrel</i>	18
<i>cefazolin</i>	8	CINRYZE	85	<i>clorazepate dipotassium</i>	51
<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> .	8	CINVANTI	20	<i>clotrimazole</i>	2, 68
<i>cefdinir</i>	8	<i>ciprofloxacin</i>	11	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .	68
<i>cefepime</i>	8	<i>ciprofloxacin hcl</i>	11, 60, 64	<i>clozapine</i>	51
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i> .	8	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>		COARTEM	3
<i>cefixime</i>	8	.....	11	COBENFY	51
<i>cefoxitin</i>	8	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>		COBENFY STARTER PACK	
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> .	8	.....	60	.....	51
<i>cefpodoxime</i>	8	<i>cisplatin</i>	29	<i>colchicine</i>	82
<i>cefprozil</i>	8	<i>citalopram</i>	50	<i>colesevelam</i>	13
<i>ceftazidime</i>	8	<i>cladribine</i>	29	<i>colestipol</i>	13
<i>ceftriaxone</i>	9	<i>claravis</i>	73	<i>colistin (colistimethate na)</i>	3
<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i> .	9	<i>clarithromycin</i>	9	COLUMVI	29
<i>cefuroxime axetil</i>	9	<i>clindamycin hcl</i>	3	COMBIVENT RESPIMAT	85
<i>cefuroxime sodium</i>	9	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..	3	COMETRIQ	29
<i>celecoxib</i>	44	<i>clindamycin phosphate</i>	3, 63,	<i>compro</i>	20
<i>cephalexin</i>	9	73		CONEXXENCE	82
CEPROTIN (BLUE BAR) ...	18	CLINIMIX 5%/D15W		<i>constulose</i>	20
CEPROTIN (GREEN BAR) ..	18	SULFITE FREE	91	COPIKTRA	29
CEQR SIMPLICITY	88	CLINIMIX 4.25%/D10W		CORTIFOAM	20
CEQR SIMPLICITY		SULF FREE	91	<i>cortisone</i>	74
INSERTER	88	CLINIMIX 4.25%/D5W		COSENTYX	69
<i>cetirizine</i>	83	SULFIT FREE	66	COSENTYX (2 SYRINGES)	
<i>cevimeline</i>	66	CLINIMIX 5%-		.....	69
CHEMET	66	D20W(SULFITE-FREE)..	91	COSENTYX PEN	69
<i>chloramphenicol sod succinate</i>		CLINIMIX 6%-D5W		COSENTYX PEN (2 PENS) ..	69
.....	3	(SULFITE-FREE)	91	COSENTYX UNOREADY	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	59	CLINIMIX 8%-		PEN	69
<i>chloroprocaine (pf)</i>	72	D10W(SULFITE-FREE)..	91	COTELLIC	29
<i>chloroquine phosphate</i>	3			CREON	20

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

CRESEMBA	2	DATROWAY.....	29	dextrose 5%-0.3 %	
cromolyn.....	20, 65, 85	daunorubicin	29	sod.chloride	67
cryselle (28).....	60	DAURISMO.....	30	dextrose 50 % in water (d50w)	
CRYSVITA.....	75	daysee	60	.....	67
cyclobenzaprine.....	56	deblitane	62	dextrose 70 % in water (d70w)	
cyclophosphamide	29	decitabine	30	.....	67
CYCLOPHOSPHAMIDE	29	deferasirox.....	66	DIACOMIT	46
cyclosporine	29, 65	deferiprone	66	diazepam.....	46, 51
cyclosporine modified	29	deferoxamine	66	diazepam intensol	51
CYRAMZA.....	29	DELSTRIGO.....	5	diazoxide.....	77
cyred eq	60	demeclocycline	11	diclofenac potassium	44
CYSTAGON.....	89	DENGVAIXIA (PF).....	25	diclofenac sodium	44, 45, 63,
CYSTARAN	65	denta 5000 plus	59	72	
cytarabine.....	29	dentagel	59	diclofenac-misoprostol	45
cytarabine (pf)	29	DEPO-SUBQ PROVERA	104	dicloxacillin	10
D		.....	62	dicyclomine.....	23
d10 %-0.45 % sodium chloride		dermacinrx lidocan.....	72	DIFICID	9
.....	66	DESCOVY	5	diflunisal	45
d2.5 %-0.45 % sodium		desipramine	51	digoxin	12
chloride.....	66	desmopressin	75	dihydroergotamine	57
d5 % and 0.9 % sodium		desog-e.estradiol/e.estradiol	60	DILANTIN 30 MG.....	46
chloride.....	66	desonide.....	71	diltiazem hcl.....	15
d5 %-0.45 % sodium chloride		desvenlafaxine succinate	51	dilt-xr	15
.....	66	dexamethasone	74	dimenhydrinate	20
dabigatran etexilate.....	18	dexamethasone intensol.....	74	dimethyl fumarate	58
dacarbazine	29	dexamethasone sodium phos		diphenhydramine hcl	83
dactinomycin	29	(pf)	74	diphenoxylate-atropine.....	23
dalfampridine	58	dexamethasone sodium		dipyridamole.....	18
danazol	75	phosphate.....	65, 74	disulfiram.....	67
dantrolene.....	56	dextrazoxane hcl	27	divalproex	46
DANYELZA.....	29	dextroamphetamine-		dobutamine	12
DANZITEN.....	29	amphetamine	51	dobutamine in d5w	12
DAPAGLIFLOZIN		dextrose 10 % and 0.2 % nacl		docetaxel.....	30
PROPANEDIOL	77	.....	67	dofetilide	12
dapsone.....	3	dextrose 10 % in water (d10w)		donepezil.....	58
DAPTACEL (DTAP		.....	67	dopamine	13
PEDIATRIC) (PF).....	25	dextrose 25 % in water (d25w)		dopamine in 5 % dextrose	13
daptomycin	3	.....	67	DOPTELET (10 TAB PACK)	
DAPTOMYCIN	3	dextrose 5 % in water (d5w).67		.....	18
darunavir	5	dextrose 5 %-lactated ringers		DOPTELET (15 TAB PACK)	
DARZALEX	29	.....	67	.....	18
dasatinib.....	29	dextrose 5%-0.2 % sod		DOPTELET (30 TAB PACK)	
dasetta 1/35 (28).....	60	chloride.....	67	.....	18
dasetta 7/7/7 (28)	60			dorzolamide	65

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

<i>dorzolamide-timolol</i>	65	<i>electrolyte-48 in d5w</i>	91	ENTRESTO SPRINKLE.....	13
<i>dotti</i>	62	<i>electrolyte-a</i>	91	<i>enulose</i>	20
DOVATO	5	ELIGARD	30	ENVARBUS XR	30
<i>doxazosin</i>	15	ELIGARD (3 MONTH)	30	EPIDIOLEX	46
<i>doxepin</i>	51	ELIGARD (4 MONTH)	30	<i>epinastine</i>	65
<i>doxercalciferol</i>	75	ELIGARD (6 MONTH)	30	<i>epinephrine</i>	83
<i>doxorubicin</i>	30	<i>elinest</i>	60	<i>epirubicin</i>	30
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ..	30	ELIQUIS	18	EPKINLY	30
<i>doxy-100</i>	11	ELIQUIS DVT-PE TREAT		<i>eplerenone</i>	16
<i>doxycycline hyclate</i>	11	30D START	18	ERBITUX.....	30
<i>doxycycline monohydrate</i>	11,	ELITEK.....	27	<i>ergotamine-caffeine</i>	57
12		ELMIRON.....	89	<i>eribulin</i>	30
DRIZALMA SPRINKLE.....	51	ELREXFIO.....	30	ERIVEDGE	30
<i>dronabinol</i>	20	<i>eltrombopag olamine</i>	18	ERLEADA	30
<i>droperidol</i>	20	<i>eluryng</i>	63	<i>erlotinib</i>	30
DROPSAFE ALCOHOL		ELZONRIS.....	30	<i>errin</i>	62
PREP PADS	77	EMGALITY PEN.....	57	<i>ertapenem</i>	3
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i>		EMGALITY SYRINGE.....	57	ERWINASE	31
.....	60	EMPLICITI	30	<i>ery pads</i>	73
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>		EMRELIS	30	<i>ery-tab</i>	9
.....	60	EMSAM	51	<i>erythromycin</i>	9, 64
DROXIA	30	<i>emtricitabine</i>	5	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...9	
<i>droxidopa</i>	67	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ..5,		<i>erythromycin with ethanol</i>	73
DUAVEE	62	6		<i>escitalopram oxalate</i>	51
DULERA.....	85	<i>emtricitabine-rilpivirine-tenof df</i> ...6		<i>eslicarbazepine</i>	46
<i>duloxetine</i>	51	EMTRIVA.....	6	<i>esmolol</i>	16
DUPIXENT PEN	72	EMVERM	3	<i>esomeprazole magnesium</i>	23
DUPIXENT SYRINGE.....	72	<i>emzahn</i>	62	<i>esomeprazole sodium</i>	23
<i>dutasteride</i>	89	<i>enalapril maleate</i>	15	<i>estarylla</i>	61
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	89	<i>enalaprilat</i>	15	<i>estradiol</i>	62
E		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>estradiol valerate</i>	62
<i>econazole nitrate</i>	68	.....	15	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	62
EDARBI.....	15	ENBREL	81	<i>eszopiclone</i>	51
EDARBYCLOR.....	15	ENBREL MINI	81	<i>ethacrynate sodium</i>	16
EDURANT.....	5	ENBREL SURECLICK	81	<i>ethambutol</i>	3
EDURANT PED	5	<i>endocet</i>	43	<i>ethosuximide</i>	46
<i>efavirenz</i>	5	ENERGIX-B (PF)	25	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	61
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	5	ENERGIX-B PEDIATRIC		<i>etodolac</i>	45
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		(PF).....	25	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	
.....	5	<i>enoxaparin</i>	18	.....	63
<i>effer-k</i>	90	<i>enpresse</i>	61	ETOPOPHOS	31
ELAHERE.....	30	<i>enskyce</i>	61	<i>etoposide</i>	31
ELAPRASE.....	75	<i>entacapone</i>	42	<i>etravirine</i>	6
<i>electrolyte-148</i>	91	<i>entecavir</i>	6	EUCRISA	72

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

EULEXIN.....	31	FIRMAGON KIT W		FRUZAQLA.....	31
everolimus (antineoplastic) ..	31	DILUENT SYRINGE	31	FULPHILA.....	24
everolimus		flac otic oil.....	60	fulvestrant.....	31
(immunosuppressive).....	31	flecainide	12	furosemide	16
EVOTAZ.....	6	floxuridine	31	FUZEON	6
exemestane	31	fluconazole.....	2	FYARRO.....	31
exenatide.....	77	fluconazole in nacl (iso-osm) .	2	fyavolv.....	62
ezetimibe.....	13	flucytosine.....	2	FYCOMPA.....	46
ezetimibe-simvastatin	13	fludarabine	31	G	
F		fludrocortisone	74	gabapentin	46, 47
FABRAZYME	75	flumazenil	52	galantamine	58
falmina (28).....	61	flunisolide	85	gallifrey.....	62
famciclovir.....	6	fluocinolone	71	GAMASTAN	25
famotidine.....	23	fluocinolone acetonide oil	60	GAMUNEX-C.....	25
famotidine (pf)	23	fluocinolone and shower cap	71	ganciclovir sodium	6
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	23	fluocinonide.....	71	GARDASIL 9 (PF).....	25
FANAPT	52	fluocinonide-emollient.....	71	gatifloxacin	64
FANAPT TITRATION PACK		fluoride (sodium)	59, 92	GATTEX 30-VIAL	20
A.....	52	fluorometholone.....	65	GATTEX ONE-VIAL	20
FANAPT TITRATION PACK		fluorouracil.....	31, 72	GAUZE PAD.....	88
B	52	fluoxetine	52	gavilyte-c	20
FANAPT TITRATION PACK		fluphenazine decanoate	52	gavilyte-g	20
C	52	fluphenazine hcl.....	52	gavilyte-n	20
FARXIGA	77	flurbiprofen.....	45	GAVRETO	31
FASENRA.....	85	flurbiprofen sodium	63	GAZYVA	32
FASENRA PEN	85	fluticasone propionate	71, 85	gefitinib.....	32
febuxostat	82	FLUTICASONE		gemcitabine.....	32
felbamate	46	PROPIONATE	85	GEMCITABINE.....	32
felodipine	16	fluticasone propion-salmeterol		gemfibrozil.....	14
fenofibrate	13	.....	86	generlac	20
fenofibrate micronized.....	13	fluvastatin	13, 14	engraf.....	32
fenofibrate nanocrystallized.	13	fluvoxamine	52	gentamicin	3, 64, 68
fenofibric acid	13	fomepizole.....	25	gentamicin in nacl (iso-osm) ..	3
fenofibric acid (choline)	13	fondaparinux	18, 19	gentamicin sulfate (ped) (pf) ..	3
fentanyl.....	43	formoterol fumarate	86	GENVOYA	6
FETZIMA.....	52	fosamprenavir.....	6	GILOTRIF	32
FIASP FLEXTOUCH U-100		fosaprepitant.....	20	glatiramer	58
INSULIN.....	77	fosfomycin tromethamine	2	glatopa	58
FIASP PENFILL U-100		fosinopril	16	GLEOSTINE	32
INSULIN.....	77	fosinopril-hydrochlorothiazide		glimepiride.....	77
FIASP U-100 INSULIN.....	77	.....	16	glipizide	77
finasteride.....	89	fosphenytoin.....	46	glipizide-metformin.....	77
fingolimod.....	58	FOTIVDA	31	glutamine (sickle cell).....	67
FINTEPLA	46	fraiche 5000.....	59	glycine urologic	89

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

<i>glycine urologic solution</i>	89	HERNEXEOS	32	IBRANCE.....	32
<i>glycopyrrolate</i>	23	HIBERIX (PF).....	25	IBTROZI	32
<i>glycopyrrolate (pf)</i>	23	HUMALOG JUNIOR		<i>ibu</i>	45
<i>glycopyrrolate (pf) in water</i> .	23	KWIKPEN U-100	78	<i>ibuprofen</i>	45
<i>glydo</i>	72	HUMALOG KWIKPEN		<i>ibutilide fumarate</i>	12
GLYXAMBI	77	INSULIN	78	<i>icatibant</i>	86
GOMEKLI	32	HUMALOG MIX 50-50		ICLUSIG	32
GRAFAPEX.....	32	KWIKPEN.....	78	<i>icosapent ethyl</i>	14
<i>granisetron (pf)</i>	20	HUMALOG MIX 75-25		<i>idarubicin</i>	32
<i>granisetron hcl</i>	20	KWIKPEN.....	78	IDHIFA.....	32
<i>griseofulvin microsize</i>	2	HUMALOG MIX 75-25(U-		<i>ifosfamide</i>	32
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	2	100)INSULN	78	ILARIS (PF)	24
GVOKE.....	77	HUMALOG U-100 INSULIN		<i>imatinib</i>	32, 33
GVOKE HYPOPEN 1-PACK		.....	78	IMBRUVICA	33
.....	77	HUMULIN 70/30 U-100		IMDELLTRA	33
GVOKE HYPOPEN 2-PACK		INSULIN	78	IMFINZI.....	33
.....	77	HUMULIN 70/30 U-100		<i>imipenem-cilastatin</i>	3
GVOKE PFS 1-PACK		KWIKPEN.....	78	<i>imipramine hcl</i>	52
SYRINGE.....	77	HUMULIN N NPH INSULIN		<i>imiquimod</i>	72
GVOKE PFS 2-PACK		KWIKPEN.....	78	IMJUDO	33
SYRINGE.....	78	HUMULIN N NPH U-100		IMKELDI	33
H		INSULIN	78	IMOVAX RABIES VACCINE	
HADLIMA	81	HUMULIN R REGULAR U-		(PF).....	25
HADLIMA PUSH TOUCH..	81	100 INSULN	78	IMPAVIDO	3
HADLIMA(CF)	81	HUMULIN R U-500 (CONC)		IMVEXXY MAINTENANCE	
HADLIMA(CF)		INSULIN	78	PACK	62
PUSH TOUCH.....	81	HUMULIN R U-500 (CONC)		IMVEXXY STARTER PACK	
<i>halobetasol propionate</i>	71	KWIKPEN.....	78	.....	62
<i>haloperidol</i>	52	<i>hydralazine</i>	16	INBRIJA.....	42
<i>haloperidol decanoate</i>	52	<i>hydrochlorothiazide</i>	16	<i>incassia</i>	62
<i>haloperidol lactate</i>	52	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	43	INCRELEX	67
HAVRIX (PF)	25	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	43	<i>indapamide</i>	16
<i>heather</i>	62	<i>hydrocortisone</i>	20, 71, 74	INFANRIX (DTAP) (PF).....	25
<i>heparin (porcine)</i>	19	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ..	60	INFLIXIMAB.....	21
<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	19	<i>hydromorphone</i>	43	INGREZZA	58
<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>		<i>hydromorphone (pf)</i>	43	INGREZZA INITIATION	
.....	19	<i>hydroxychloroquine</i>	3	PK(TARDIV)	58
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>		<i>hydroxyurea</i>	32	INGREZZA SPRINKLE	58
.....	19	<i>hydroxyzine hcl</i>	83	INLYTA	33
HEPARIN(PORCINE) IN		HYPERHEP B.....	25	INPEFA	78
0.45% NACL.....	19	HYPERHEP B NEONATAL		INQOVI.....	33
<i>heparin, porcine (pf)</i>	19	.....	25	INREBIC	33
HEPARIN, PORCINE (PF) .	19	I		INSULIN ASPART U-100...78	
HEPLISAV-B (PF)	25	<i>ibandronate</i>	82	INSULIN LISPRO	78

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

INSULIN LISPRO	JANUVIA.....	78	KLOXXADO	45
PROTAMIN-LISPRO.....	JARDIANCE.....	78	KOSELUGO.....	34
INSULIN SYRINGE-	<i>jasmiel</i> (28).....	61	<i>kourzeq</i>	60
NEEDLE U-100	JAYPIRCA.....	33	K-PHOS NO 2.....	89
INTELENCE.....	JEMPERLI	33	K-PHOS ORIGINAL	89
<i>intralipid</i>	<i>jencycla</i>	62	KRAZATI.....	34
<i>introvale</i>	JENTADUETO	78	<i>kurvelo</i> (28)	61
INVEGA HAFYERA.....	JENTADUETO XR.....	78	KYPROLIS.....	34
INVEGA SUSTENNA.....	JEVTANA	33	L	
INVEGA TRINZA	<i>jinteli</i>	62	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	61
INVELTYS	<i>jolessa</i>	61	<i>labetalol</i>	16
IPOLE	JOURNAVX	45	<i>lacosamide</i>	47
<i>ipratropium bromide</i>	JUBBONTI.....	82	<i>lactated ringers</i>	68, 90
<i>ipratropium-albuterol</i>	<i>juleber</i>	61	<i>lactulose</i>	21
<i>irbesartan</i>	JULUCA.....	6	<i>lamivudine</i>	6
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	JYLAMVO	33	<i>lamivudine-zidovudine</i>	6
.....	JYNNEOS (PF)	25	<i>lamotrigine</i>	47
<i>irinotecan</i>	K		<i>lanreotide</i>	34
ISENTRESS	KADCYLA	34	<i>lansoprazole</i>	23
ISENTRESS HD	KALETRA	6	LANTUS SOLOSTAR U-100	
<i>isibloom</i>	<i>kalliga</i>	61	INSULIN	79
ISOLYTE S PH 7.4.....	KALYDECO	86	LANTUS U-100 INSULIN ..	79
ISOLYTE-P IN 5 %	KANUMA	75	<i>lapatinib</i>	34
DEXTROSE	<i>kariva</i> (28)	61	<i>larin 1.5/30</i> (21).....	61
ISOLYTE-S.....	<i>kelnor 1/35</i> (28)	61	<i>larin 1/20</i> (21).....	61
<i>isoniazid</i>	KERENDIA.....	16	<i>larin 24 fe</i>	61
<i>isosorbide dinitrate</i>	KESIMPTA PEN	59	<i>larin fe 1.5/30</i> (28).....	61
<i>isosorbide mononitrate</i>	<i>ketoconazole</i>	2, 68	<i>larin fe 1/20</i> (28).....	61
<i>isosorbide-hydralazine</i>	<i>ketorolac</i>	64	<i>latanoprost</i>	65
<i>isotretinoin</i>	KEYTRUDA	34	LAZCLUZE	34
<i>isradipine</i>	KHAPZORY	27	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	
ISTODAX	KIMMTRAK.....	34	.....	6
ITOVEBI.....	KINERET	81	<i>leflunomide</i>	81
<i>itraconazole</i>	KINRIX (PF).....	25	<i>lenalidomide</i>	34
<i>ivabradine</i>	<i>kionex</i> (with sorbitol).....	67	LENVIMA.....	34
<i>ivermectin</i>	KISQALI.....	34	<i>lessina</i>	61
IWILFIN.....	<i>klayesta</i>	69	<i>letrozole</i>	34
IXEMPRA.....	<i>klor-con 10</i>	90	<i>leucovorin calcium</i>	27
IXIARO (PF).....	<i>klor-con 8</i>	90	LEUKERAN.....	34
J	<i>klor-con m10</i>	90	<i>leuprolide</i>	34
JAKAFI.....	<i>klor-con m15</i>	90	<i>levetiracetam</i>	47
<i>jantoven</i>	<i>klor-con m20</i>	90	<i>levetiracetam in nacl</i> (iso-os)	
JANUMET	<i>klor-con oral packet 20</i>	90	.....	47
JANUMET XR.....	<i>klor-con/ef</i>	90	<i>levobunolol</i>	64

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

<i>levocarnitine</i>.....67	<i>loperamide</i>.....23	<i>mannitol 25 %</i>16
<i>levocarnitine (with sugar)</i> ....67	<i>lopinavir-ritonavir</i>.....6	<i>maraviroc</i> .....6
<i>levocetirizine</i> .....83	LOQTORZI.....34	MARGENZA .....35
<i>levofloxacin</i> 11, 64	<i>lorazepam</i> .....53	<i>marlissa (28)</i>.....61
<i>levofloxacin in d5w</i> 11	<i>lorazepam intensol</i> .....53	MARPLAN.....53
<i>levoleucovorin calcium</i> .....27	LORBRENA .....34	MATULANE.....35
<i>levonest (28)</i> .....61	<i>loryna (28)</i>.....61	<i>matzim la</i> .....16
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 61	<i>losartan</i>.....16	MAVYRET .....6
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 61	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	<i>meclizine</i> .....21
<i>levora-28</i> .....61	16	<i>medroxyprogesterone</i> .....63
<i>levo-t</i>.....75	<i>loteprednol etabonate</i>.....65	<i>mefloquine</i> .....3
<i>levothyroxine</i> .....75	<i>lovastatin</i> .....14	<i>megestrol</i> .....35
<i>levoxyl</i>.....75	<i>low-ogestrel (28)</i> .....61	MEKINIST .....35
LIBTAYO .....34	<i>loxapine succinate</i> .....53	MEKTOVI.....35
<i>lidocaine</i> 72, 73	<i>lo-zumandimine (28)</i>.....61	<i>meleya</i> .....63
<i>lidocaine (pf)</i> 12, 72	<i>lubiprostone</i>.....21	<i>meloxicam</i>.....45
<i>lidocaine hcl</i> .....72	LUMAKRAS.....35	<i>melphalan hcl</i> .....35
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i>	LUMIGAN .....65	<i>memantine</i>.....59
.....12	LUMIZYME .....75	<i>memantine-donepezil</i> .....59
<i>lidocaine viscous</i> .....73	LUNSUMIO .....35	MENQUADFI (PF) .....25
<i>lidocaine-epinephrine</i>.....73	LUPRON DEPOT .....35	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i> ....73	<i>lurasidone</i>.....53	(PF) .....25
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....73	<i>lutra (28)</i>.....61	MEPSEVII.....75
<i>lidocan iii</i>.....73	<i>lyleq</i> .....62	<i>mercaptopurine</i>.....35
<i>lidocan iv</i> .....73	<i>lyllana</i> .....63	<i>meropenem</i> .....3, 4
<i>lidocan v</i>.....73	LYNOZYFIC .....35	<i>mesalamine</i> .....21
LILETTA .....63	LYNPARZA.....35	<i>mesalamine with cleansing</i>
<i>lincomycin</i> .....3	LYSODREN.....35	<i>wipe</i>.....21
<i>linezolid</i> .....3	LYTGOBI .....35	<i>mesna</i> .....27
<i>linezolid in dextrose 5%</i>.....3	LYUMJEV KWIKPEN U-100	<i>metformin</i>.....79
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	INSULIN .....79	<i>methadone</i>.....43, 44
.....3	LYUMJEV KWIKPEN U-200	<i>methadone intensol</i>.....43
LINZESS .....21	INSULIN .....79	<i>methadose</i> .....44
LIORESAL.....56, 57	LYUMJEV U-100 INSULIN	<i>methazolamide</i> .....65
<i>liothyronine</i> .....75	79	<i>methenamine hippurate</i> .....2
<i>liraglutide</i> .....79	<i>lyza</i>.....63	<i>methenamine mandelate</i> .....2
<i>lisinopril</i> .....16	M	<i>methimazole</i> .....74
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	<i>magnesium chloride</i> .....90	<i>methotrexate sodium</i>.....35
.....16	<i>magnesium sulfate</i> .....90	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....35
<i>lithium carbonate</i> .....53	MAGNESIUM SULFATE IN	<i>methoxsalen</i> .....73
<i>lithium citrate</i> .....53	D5W .....90	<i>methsuximide</i> .....47
LIVTENCITY .....6	<i>magnesium sulfate in water</i> ..90	<i>methylergonovine</i> .....63
LOKELMA .....67	<i>malathion</i>.....72	<i>methylphenidate hcl</i> .....53, 54
LONSURF.....34	<i>mannitol 20 %</i>16	<i>methylprednisolone</i>.....74

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

<i>methyprednisolone acetate</i> ..74	<i>morphine</i>.....44	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..60, 65
<i>methyprednisolone sodium succ</i>.....74	<i>morphine (pf)</i>.....44	<i>neo-polycin</i> .....64
<i>metoclopramide hcl</i> .....21	<i>morphine concentrate</i>.....44	<i>neo-polycin hc</i> .....65
<i>metolazone</i>.....16	MOUNJARO.....79	NERLYNX.....36
<i>metoprolol succinate</i> .....16	<i>moxifloxacin</i> .....11, 64	NEUPRO .....42
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> .....16	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> .....11	<i>nevirapine</i> .....6
<i>metoprolol tartrate</i> .....16	MRESVIA (PF).....26	NEXLETOL .....14
<i>metro i.v</i>.....4	MULTAQ.....12	NEXLIZET.....14
<i>metronidazole</i>.....4, 63, 73	<i>mupirocin</i>.....68	NEXPLANON.....63
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> 4	<i>mycophenolate mofetil</i>.....36	<i>niacin</i> .....14
<i>metyrosine</i> .....16	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .36	<i>nicardipine</i>.....16
<i>mexiletine</i> .....12	<i>mycophenolate sodium</i> .....36	NICOTROL NS.....66
<i>micafungin</i>.....2	MYFEMBREE .....63	<i>nifedipine</i> .....16, 17
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....61	MYHIBBIN.....36	<i>nikki (28)</i>.....61
<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....61	MYLOTARG .....36	<i>nilotinib hcl</i>.....36
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> ....61	N	<i>nilutamide</i> .....36
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....61	<i>nabumetone</i> .....45	<i>nimodipine</i> .....17
<i>midodrine</i> .....67	<i>nadolol</i>.....16	NINLARO .....36
MIEBO (PF).....65	<i>nafcillin</i>.....10	<i>nitazoxanide</i>.....4
<i>mifepristone</i>.....63, 76	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> .10	<i>nitisinone</i> .....67
<i>mili</i>.....61	<i>naftifine</i>.....69	<i>nitro-bid</i>.....14
<i>milrinone</i> .....13	NAGLAZYME.....76	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...2
<i>milrinone in 5 % dextrose</i> ....13	<i>nalbuphine</i> .....45	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i> <i>cryst</i> .....2
<i>mimvey</i>.....63	<i>naloxone</i> .....45	<i>nitroglycerin</i> .....14, 21
<i>minocycline</i>.....12	<i>naltrexone</i> .....45	NIVESTYM .....24
<i>minoxidil</i>.....16	<i>naproxen</i> .....45	<i>nora-be</i> .....63
<i>miostat</i> .....65	<i>naproxen sodium</i> .....45	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>.....63
<i>mirabegron</i> .....89	<i>naratriptan</i>.....57	<i>norepinephrine bitartrate</i> ....13
<i>mirtazapine</i>.....54	<i>nateglinide</i> .....79	<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....63
<i>misoprostol</i>.....23	NAYZILAM.....47	<i>norethindrone acetate</i>.....63
<i>mitomycin</i> .....35	<i>nebivolol</i> .....16	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>.....61, 63
<i>mitoxantrone</i>.....35	<i>nefazodone</i>.....54	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>.....61
M-M-R II (PF).....25	<i>nelarabine</i>.....36	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....61
<i>modafinil</i>.....54	NEMLUVIO.....36	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....61
MODEYSO .....36	<i>neomycin</i>.....4	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....61
<i>moexipril</i>.....16	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 65	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....61
<i>molindone</i> .....54	<i>neomycin-bacitracin-</i> <i>polymyxin</i>.....64	<i>nortriptyline</i>.....54
<i>mometasone</i> .....71, 86	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> ....68	NORVIR.....6
<i>mondoxyne nl</i>.....12	<i>neomycin-polymyxin b-</i> <i>dexameth</i>.....65	
MONJUVI.....36	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>gramicidin</i> .....64	
<i>mono-lynyah</i>.....61		
<i>montelukast</i>.....86		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....79	<i>olmesartan-amlodipin- hcthiacid</i> .....17	<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i> .....10
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....79	<i>olmesartan- hydrochlorothiazide</i>.....17	<i>oxaliplatin</i>.....37
NOVOLIN N FLEXPEN .....79	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....14	<i>oxaprozin</i> .....45
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN .....79	<i>omeprazole</i> .....23	<i>oxcarbazepine</i>.....47
NOVOLIN R FLEXPEN .....79	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS).....88	OXERVATE.....65
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN .....79	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....88	<i>oxybutynin chloride</i> .....89
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN .....79	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) .....88	<i>oxycodone</i> .....44
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN .....79	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) .....88	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...44
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 .....79	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) .....89	OZEMPIC.....79
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN .....79	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....89	OZURDEX .....65
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....79	OMNITROPE.....24	P
NUBEQA .....36	ONCASPAR.....37	<i>pacerone</i> .....12
NUCALA .....86	<i>ondansetron</i> .....21	<i>paclitaxel</i> .....37
NUEDEXTA .....59	<i>ondansetron hcl</i> .....21	<i>paclitaxel protein-bound</i> .....37
NULOJIX.....36	<i>ondansetron hcl (pf)</i> .....21	PADCEV .....37
NUPLAZID.....54	ONIVYDE.....37	<i>paliperidone</i>.....54
NURTEC ODT.....57	ONUREG .....37	<i>palonosetron</i> .....21
<i>nyamyc</i>.....69	OPDIVO .....37	<i>pamidronate</i>.....76
<i>nystatin</i> .....2, 69	OPDIVO QVANTIG.....37	PANRETIN .....73
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....69	OPDUALAG .....37	<i>pantoprazole</i> .....23, 24
<i>nystop</i> .....69	OPIPZA .....54	<i>paraplatin</i> .....37
NYVEPRIA.....24	<i>opium tincture</i>.....23	<i>paricalcitol</i> .....76
O	OPSUMIT .....86	<i>paroxetine hcl</i> .....54
<i>octreotide acetate</i> .....36	OPSYNVI.....86	PAVBLU .....66
<i>octreotide,microspheres</i> .....36	<i>oralone</i>.....60	PAXLOVID.....7
ODEFSEY .....6	ORGOVYX .....37	<i>pazopanib</i> .....37
ODOMZO .....36	ORKAMBI .....86	PEDIARIX (PF) .....26
OFEV .....86	<i>orquidea</i>.....63	PEDVAX HIB (PF) .....26
<i>ofloxacin</i> .....60, 64	ORSERDU .....37	<i>peg 3350-electrolytes</i>.....21
OGSIVEO .....36	<i>oseltamivir</i>.....7	PEGASYS .....24
OJEMDA.....37	<i>osmitrol 20 %</i>17	<i>peg-electrolyte</i> .....21
OJJAARA.....37	OTEZLA .....81	PEMAZYRE.....37
<i>olanzapine</i> .....54	OTEZLA STARTER.....81	<i>pemetrexed disodium</i> .....37, 38
<i>olmesartan</i> .....17	<i>oxacillin</i> .....10	PEN NEEDLE, DIABETIC .89
		PENBRAYA (PF) .....26
		<i>penciclovir</i> .....70
		<i>penicillamine</i> .....81
		PENICILLIN G POT IN DEXTROSE .....10
		<i>penicillin g potassium</i>.....10
		<i>penicillin g sodium</i> .....10
		<i>penicillin v potassium</i> .....10

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF).....	26	<i>portia</i> 28	62	PRIFTIN	4
PENTACEL (PF)	26	<i>posaconazole</i>	2	PRIMAQUINE	4
<i>pentamidine</i>	4	<i>potassium acetate</i>	90	<i>primidone</i>	48
<i>pentobarbital sodium</i>	54	<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	90	PRIMIDONE	48
<i>pentoxifylline</i>	19	<i>potassium chloride</i>	90, 91	PRIORIX (PF)	26
<i>perampanel</i>	47	<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	90	<i>probenecid</i>	82
<i>perindopril erbumine</i>	17	<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	90	<i>probenecid-colchicine</i>	82
<i>periogard</i>	60	<i>potassium chloride in lr-d5</i> ..	90	<i>procainamide</i>	12
PERJETA	38	<i>potassium chloride in water</i> .	90	<i>prochlorperazine</i>	21
<i>permethrin</i>	72	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	91	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	21
<i>perphenazine</i>	54	<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i>	91	<i>prochlorperazine maleate oral</i>	21
<i>pfizerpen-g</i>	10	<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	91	PROCRIT	24, 25
<i>phenelzine</i>	54	<i>potassium citrate</i>	89	<i>procto-med hc</i>	21
<i>phenobarbital</i>	47, 48	<i>potassium phosphate m-/d-basic</i>	91	<i>proctosol hc</i>	21
<i>phenobarbital sodium</i>	48	POTELIGEO	38	<i>proctozone-hc</i>	21
<i>phentolamine</i>	17	PRALATREXATE.....	38	<i>progesterone</i>	63
<i>phenytoin</i>	48	<i>pramipexole</i>	42	<i>progesterone micronized</i>	63
<i>phenytoin sodium</i>	48	<i>prasugrel hcl</i>	19	PROGRAF.....	38
<i>phenytoin sodium extended</i> ..	48	<i>pravastatin</i>	14	PROLASTIN-C	67
<i>philith</i>	62	<i>praziquantel</i>	4	<i>promethazine</i>	83
PIFELTRO	7	<i>prazosin</i>	17	<i>propafenone</i>	12
<i>pilocarpine hcl</i>	66, 67	<i>prednisolone</i>	74	<i>propranolol</i>	17
<i>pimecrolimus</i>	73	<i>prednisolone acetate</i>	65	<i>propylthiouracil</i>	74
<i>pimozide</i>	54	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	65, 74	PROQUAD (PF).....	26
<i>pimtrea (28)</i>	62	<i>prednisone</i>	74, 75	<i>protamine</i>	19
<i>pindolol</i>	17	<i>prednisone intensol</i>	74	<i>protriptyline</i>	54
<i>pioglitazone</i>	79	<i>pregabalin</i>	48	PULMICORT FLEXHALER	86, 87
<i>piperacillin-tazobactam</i>	11	PREMARIN	63	PULMOZYME.....	87
PIQRAY	38	<i>premasol 10 %</i>	91	<i>pyrazinamide</i>	4
<i>pirfenidone</i>	86	PREMPHASE	63	<i>pyridostigmine bromide</i>	57
<i>piroxicam</i>	45	PREMPRO	63	<i>pyrimethamine</i>	4
<i>pitavastatin calcium</i>	14	<i>prenatal vitamin oral tablet</i> ..	92	Q	
PLEGRIDY	24	<i>prevalite</i>	14	QINLOCK	38
PLENAMINE.....	91	PREVYMIS.....	7	QUADRACEL (PF)	26
<i>plerixafor</i>	24	PREZCOBIX.....	7	<i>quetiapine</i>	54, 55
<i>podofilox</i>	73	PREZISTA	7	<i>quinapril</i>	17
POLIVY	38			<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	17
<i>polocaine</i>	73			<i>quinidine sulfate</i>	12
<i>polocaine-mpf</i>	73			<i>quinine sulfate</i>	4
<i>polycin</i>	64			QULIPTA	57
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	64			QVAR REDIHALER	87
POMALYST	38				

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

R		
RABAVERT (PF)	26	
RADICAVA ORS	59	
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP.....	59	
RALDESY	55	
raloxifene.....	82	
ramelteon.....	55	
ramipril.....	17	
ranolazine.....	13	
rasagiline.....	42	
reclipsen (28).....	62	
RECOMBIVAX HB (PF)	26	
RELENZA DISKHALER.....	7	
RELEUKO	25	
RELISTOR.....	21, 22	
REMICADE.....	22	
RENACIDIN.....	89	
repaglinide	80	
REPATHA	14	
REPATHA PUSHTRONEX	14	
REPATHA SURECLICK	14	
RETACRIT	25	
RETEVMO.....	38	
RETROVIR.....	7	
REVCovi.....	67	
revonto.....	57	
REVUFORJ.....	38	
REXULTI.....	55	
REYATAZ	7	
REZDIFFRA.....	67	
REZLIDHIA.....	38	
REZUROCK	38	
RHOPRESSA.....	65	
ribavirin.....	7	
rifabutin.....	4	
rifampin	4	
riluzole.....	67	
rimantadine	7	
ringer's	68, 91	
RINVOQ	81	
RINVOQ LQ.....	81	
risedronate	67, 83	
risperidone	55	
risperidone microspheres	55	
ritonavir.....	7	
rivaroxaban	19	
rivastigmine.....	59	
rivastigmine tartrate.....	59	
rizatriptan	57	
ROCKLATAN	65	
roflumilast	87	
romidepsin.....	38	
ROMVIMZA.....	38	
ropinirole.....	42	
rosuvastatin	14	
ROTARIX	26	
ROTATEQ VACCINE.....	26	
roweepa.....	48	
ROZLYTREK	38	
RUBRACA.....	38	
rufinamide	48	
RUKOBIA.....	7	
RUXIENCE.....	39	
RYBELSUS.....	80	
RYBREVANT.....	39	
RYDAPT	39	
RYLAZE	39	
RYTELO	39	
S		
sacubitril-valsartan	13	
sajazir	87	
salsalate.....	45	
SANDOSTATIN LAR DEPOT	39	
SANTYL	73	
sapropterin	76	
SARCLISA.....	39	
SAVELLA.....	81	
saxagliptin	80	
saxagliptin-metformin	80	
SCEMBLIX.....	39	
scopolamine base	22	
SECUADO	55	
SELARSDI.....	69	
selegiline hcl.....	42	
selenium sulfide	69	
SELZENTRY	7	
sertraline.....	55	
setlakin.....	62	
sevelamer carbonate.....	67	
sf 60		
sf 5000 plus.....	60	
sharobel	63	
SHINGRIX (PF).....	26	
SIGNIFOR.....	39	
sildenafil (pulmonary arterial hypertension)	87	
silver sulfadiazine.....	73	
SIMBRINZA	65	
SIMLANDI(CF).....	82	
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	81, 82	
SIMULECT	39	
simvastatin	14	
sirolimus	39	
SIRTURO	4	
SKYRIZI	22, 69	
sodium acetate	91	
sodium benzoate-sod phenylacet.....	67	
sodium bicarbonate	91	
sodium chloride	67, 91	
sodium chloride 0.45 %.....	91	
sodium chloride 0.9 %.....	67	
sodium chloride 3 % hypertonic	91	
sodium chloride 5 % hypertonic	91	
sodium fluoride 5000 dry mouth	60	
sodium fluoride 5000 plus	60	
sodium fluoride-pot nitrate...	60	
SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054)	55	
sodium phenylbutyrate.....	67	
sodium phosphate	91	
sodium polystyrene sulfonate	67	
sodium,potassium,mag sulfates	22	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.CareSource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

SOFOSBUVIR- VELPATASVIR.....7	syeda.....62	teriflunomide.....59
solifenacin.....89	SYLVANT.....39	teriparatide.....83
SOLIQUA 100/33.....80	SYMDEKO.....87	testosterone.....76
SOLTAMOX.....39	SYMPAZAN.....48	testosterone cypionate.....76
SOMATULINE DEPOT.....39	SYMPROIC.....22	testosterone enanthate.....76
SOMAVERT.....76	SYMTUZA.....7	tetrabenazine.....59
sorafenib.....39	SYNAGIS.....7	tetracycline.....12
sotalol.....12	SYNJARDY.....80	TEVIMBRA.....40
sotalol af.....12	SYNJARDY XR.....80	THALOMID.....40
SPIRIVA RESPIMAT.....87	T	theophylline.....87
spironolactone.....17	TABLOID.....39	thioridazine.....55
spironolacton- hydrochlorothiaz.....17	TABRECTA.....39	thiotepa.....40
SPRAVATO.....55	tacrolimus.....39, 73	thiothixene.....55
sprintec (28).....62	tadalafil.....89	tiadylt er.....17
SPRITAM.....48	tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg.....87	tiagabine.....48
sps (with sorbitol).....67, 68	TAFINLAR.....39	TIBSOVO.....40
sronyx.....62	TAGRISSO.....39	ticagrelor.....19
ssd.....73	TALVEY.....39	TICE BCG.....26
STAMARIL (PF).....26	TALZENNA.....39	TICOVAC.....26
STELARA.....69, 70	tamoxifen.....39	tigecycline.....4
STIOLTO RESPIMAT.....87	tamsulosin.....89	tilia fe.....62
STIVARGA.....39	tarina fe 1-20 eq (28).....62	timolol maleate.....17, 64
STRENSIQ.....76	tazarotene.....73, 74	tinidazole.....4
STREPTOMYCIN.....4	tazicef.....9	tiotropium bromide.....87
STRIBILD.....7	TAZVERIK.....39	TIVDAK.....40
STRIVERDI RESPIMAT.....87	TECENTRIQ.....40	TIVICAY.....7
SUBLOCADE.....44	TECENTRIQ HYBREZA.....40	TIVICAY PD.....7
subvenite.....48	TECVAYLI.....40	tizanidine.....57
SUCRAID.....22	TEFLARO.....9	TOBI PODHALER.....4
sucralfate.....24	telmisartan.....17	TOBRADEX.....65
sulfacetamide sodium.....66	telmisartan-amlodipine.....17	tobramycin.....4, 64
sulfacetamide sodium (acne).....68	telmisartan-hydrochlorothiazid.....17	tobramycin in 0.225 % nacl.....4
sulfacetamide-prednisolone.....66	TEMODAR.....40	tobramycin sulfate.....4
sulfadiazine.....11	temsirolimus.....40	tobramycin-dexamethasone.....65
sulfamethoxazole-trimethoprim.....11	TENIVAC (PF).....26	tolterodine.....89
sulfasalazine.....22	tenofovir disoproxil fumarate.....7	tolvaptan.....76
sulindac.....45	TEPMETKO.....40	tolvaptan (polycys kidney dis) .....76
sumatriptan nasal.....57	terazosin.....17	topiramate.....48
sumatriptan succinate.....57	terbinafine hcl.....2	topotecan.....40
sunitinib malate.....39	terbutaline.....87	toremifene.....40
SUNLENCA.....7	terconazole.....63	torpenz.....40
		torse mide.....17

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

TOUJEO MAX U-300	<i>trimipramine</i>	56	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>		
SOLOSTAR.....	TRINTELLIX.....	56	.....	49	
TOUJEO SOLOSTAR U-300	<i>tri-sprintec (28)</i>	62	<i>valrubicin</i>	40	
INSULIN.....	TRIUMEQ.....	7	<i>valsartan</i>	17	
TRADJENTA.....	TRIUMEQ PD.....	7	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		
<i>tramadol</i>	TRODELVY.....	40	.....	17	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	TROGARZO.....	7	VALTOCO.....	49	
<i>trandolapril</i>	TROPHAMINE 10 %.....	92	<i>vancomycin</i>	4, 5	
<i>trandolapril-verapamil</i>	<i>tropium</i>	89	VANCOMYCIN IN 0.9 %		
<i>tranexamic acid</i>	TRULANCE.....	22	SODIUM CHL.....	4	
<i>tranylcypromine</i>	TRULICITY.....	80	VANFLYTA.....	40	
<i>travasol 10 %</i>	TRUMENBA.....	26	VAQTA (PF).....	26	
<i>travoprost</i>	TRUQAP.....	40	<i>varenicline tartrate</i>	66	
TRAZIMERA.....	TUKYSA.....	40	VARIVAX (PF).....	26	
<i>trazodone</i>	TURALIO.....	40	VARIZIG.....	26	
TRELEGY ELLIPTA.....	<i>turqoz (28)</i>	62	VARUBI.....	22	
TRELSTAR.....	TWINRIX (PF).....	26	VAXCHORA VACCINE.....	26	
TREMFYA.....	TYENNE.....	82	VECTIBIX.....	40	
TREMFYA PEN.....	TYENNE AUTOINJECTOR		<i>veletri</i>	17	
TREMFYA PEN	.....	82	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>		
INDUCTION PK-CROHN	TYMLOS.....	83	.....	62	
.....	TYPHIM VI.....	26	VELTASSA.....	68	
<i>treprostinil sodium</i>	TYVASO.....	88	VEMLIDY.....	8	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	TYVASO INSTITUTIONAL		VENCLEXTA.....	40, 41	
<i>tretinoin topical</i>	START KIT.....	88	VENCLEXTA STARTING		
<i>triamcinolone acetonide 60, 71,</i>	TYVASO REFILL KIT.....	88	PACK.....	41	
<i>72, 75</i>	TYVASO STARTER KIT ..	88	<i>venlafaxine</i>	56	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	U		<i>verapamil</i>	17, 18	
.....	UBRELVY.....	57	VERQUVO.....	13	
<i>tridacaine ii</i>	ULTRA-FINE INSULIN		VERSACLOZ.....	56	
<i>triderm</i>	SYRINGE.....	89	VERZENIO.....	41	
<i>trientine</i>	<i>unithroid</i>	75	<i>vestura (28)</i>	62	
<i>tri-estarylla</i>	UNITUXIN.....	40	VIBATIV.....	5	
<i>trifluoperazine</i>	UPTRAVI.....	17	VIBERZI.....	22	
<i>trifluridine</i>	<i>ursodiol</i>	22	<i>vienna</i>	62	
<i>trihexyphenidyl</i>	USTEKINUMAB.....	70	<i>vigabatrin</i>	49	
TRIJARDY XR.....	USTEKINUMAB-AEKN	70	<i>vigadrone</i>	49	
TRIKAFTA.....	V		<i>vilazodone</i>	56	
<i>tri-legest fe</i>	<i>valacyclovir</i>	7	VIMIZIM.....	76	
<i>tri-linyah</i>	VALCHLOR.....	73	VIMKUNYA.....	26	
<i>tri-lo-estarylla</i>	<i>valganciclovir</i>	7, 8	<i>vinblastine</i>	41	
<i>tri-lo-marzia</i>	<i>valproate sodium</i>	48	<i>vincristine</i>	41	
<i>tri-lo-sprintec</i>	<i>valproic acid</i>	49	<i>vinorelbine</i>	41	
<i>trimethoprim</i>			<i>viorele (28)</i>	62	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

VIRACEPT	8	XCOPRI	49	ZENPEP	22
VIREAD.....	8	XCOPRI MAINTENANCE		ZEPOSIA.....	59
VITRAKVI.....	41	PACK	49	ZEPOSIA STARTER KIT (28-	
VIVITROL	45	XCOPRI TITRATION PACK		DAY)	59
VIVOTIF	26	.....	49	ZEPOSIA STARTER PACK	
VIZIMPRO.....	41	XDEMVI	66	(7-DAY)	59
VONJO.....	41	XELJANZ	82	ZEPZELCA	42
VORANIGO.....	41	XELJANZ XR.....	82	<i>zidovudine</i>	8
<i>voriconazole</i>	2	XEMBIFY	26	ZIIHERA	42
<i>voriconazole-hpbc</i>	2	XERMELO.....	41	<i>ziprasidone hcl</i>	56
VOSEVI	8	XIAFLEX.....	68	<i>ziprasidone mesylate</i>	56
VOWST.....	22	XIFAXAN	5	ZIRABEV	42
VRAYLAR.....	56	XIGDUO XR.....	80	ZIRGAN	64
VUMERITY	59	XIIDRA	66	ZOLADEx	42
VYLOY	41	XOFLUZA	8	<i>zoledronic acid</i>	76
VYNDAMAX	13	XOLAIR.....	88	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	
VYNDAQEL.....	13	XOSPATA.....	41	.....	68
VYVGART	57	XPOVIO.....	41	ZOLINZA.....	42
VYVGART HYTRULO	57	XTANDI.....	41	<i>zolpidem</i>	56
VYXEOS.....	41	<i>xulane</i>	63	ZONISADE	49
W		Y		<i>zonisamide</i>	49
<i>warfarin</i>	19	YERVOY	41	<i>zovia 1-35 (28)</i>	62
<i>water for irrigation, sterile</i> ...	68	YESINTEK	70	ZTALMY	49
WELIREG.....	41	YF-VAX (PF).....	26	<i>zumandimine (28)</i>	62
<i>wera (28)</i>	62	YONDELIS	41	ZURZUVAE.....	56
<i>wescap-pn dha</i>	92	<i>yuvafem</i>	63	ZYDELIG.....	42
WINREVAIR	88	Z		ZYKADIA	42
<i>wixela inhub</i>	88	<i>zafemy</i>	63	ZYMFENTRA.....	23
WYOST.....	27	<i>zafirlukast</i>	88	ZYNLONTA	42
X		<i>zaleplon</i>	56	ZYNYZ.....	42
XALKORI.....	41	ZALTRAP	41	ZYPREXA RELPREVV	56
XARELTO	19	ZEJULA	41		
XARELTO DVT-PE TREAT		ZELBORAF	42		
30D START	19	<i>zenatane</i>	74		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. 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., hora del Este (ET). La llamada es gratuita. Para más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/06/2025

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 irànlówó ọfẹ ní èdè rẹ pẹlú àwọn ògbifò àti àwọn ohun èlò mírán tí a kọ sílẹ̀. Gba àwọn irànlówó 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 بنو (يعني فارميتونو) 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 మెటీరియల్స్‌తో 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)**.

H6396_OH-SNP-M-4151482_C

ODM Approved: 08/31/2025



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare



**POR FAVOR, LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 10/20/2025. Para obtener la información más reciente 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., hora del este (ET), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo abrimos en los mismos horarios, los siete días de la semana o visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.