

**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 06/01/2026. 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: 12

Actualizado el 06/01/2026



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	95



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 95**. 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
<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>micafungin</i>	4	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>nystatin oral suspension</i>	2	MO
<i>nystatin oral tablet</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 recon soln</i>	5	PA; 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>fosfomycin tromethamine</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 monohyd/m-cryst</i>	3	MO
<i>trimethoprim</i>	2	MO
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazole</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA; MO
ARIKAYCE	5	PA; LA; NDS
<i>atovaquone</i>	4	MO
<i>atovaquone-proguanil</i>	4	MO
<i>aztreonam</i>	4	PA; MO
CAYSTON	5	PA; MO; LA; QL (84 por 56 días); NDS
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	4	
<i>chloroquine phosphate</i>	2	MO
<i>clindamycin hcl</i>	2	MO
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	4	PA; MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	4	PA; MO
COARTEM	4	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	5	PA; MO; QL (30 por 10 días); NDS
<i>dapsone oral</i>	3	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	5	MO; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	MO; NDS
EMVERM	5	MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ertapenem</i>	4	PA; MO; QL (14 por 14 días)
<i>ethambutol</i>	3	MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA; MO
<i>gentamicin injection</i>	4	PA; MO
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	4	PA
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	2	MO
<i>imipenem-cilastatin</i>	4	PA; MO
IMPAVIDO	5	PA; MO; NDS
<i>isoniazid injection</i>	4	
<i>isoniazid oral</i>	2	MO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	3	PA; MO; QL (20 por 30 días)
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	3	PA; QL (8 por 30 días)
<i>lincomycin</i>	4	PA
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	4	PA; MO
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	3	MO
<i>linezolid oral tablet</i>	4	MO
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>mefloquine</i>	2	MO
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	3	PA; QL (30 por 10 días)
<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	
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
STREPTOMYCIN	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
<i>tigecycline</i>	4	PA; MO
<i>tinidazole</i>	3	MO
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 10 mg/ml</i>	4	PA
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
<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	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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
<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	NDS
CIMDUO	5	MO; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	4	MO
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>efavirenz oral tablet</i>	4	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	4	MO
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	5	MO; NDS
<i>emtricitabine</i>	4	MO
<i>emtricitabine-tenofov (tdf)</i>	4	MO
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofov (df)</i>	5	MO; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION	3	MO
<i>entecavir</i>	4	MO
<i>etravirine</i>	4	MO
EVOTAZ	5	MO; NDS
<i>famciclovir</i>	2	MO
<i>fosamprenavir</i>	4	MO
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	MO
JULUCA	5	MO; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION	4	MO
LAGEVRIO (EUA)	2	QL (40 por 30 días)
<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	MO
<i>nevirapine 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	4	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	4	MO
ODEFSEY	5	MO; NDS
<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 240 MG	5	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 480 MG	5	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
PREZCOBIX	5	MO; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION	5	MO; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RELENZA DISKHALER	4	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	3	MO
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>rilpivirine hcl</i>	5	MO; NDS
<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
<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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	2	MO; QL (60 por 30 días)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	5	MO; NDS
<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>ceftazidime oral capsule</i>	2	MO
<i>ceftazidime oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	MO
<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 100 gram, 300 gram</i>	4	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram, 10 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 oral capsule</i>	4	MO
<i>cefixime oral suspension for reconstitution</i>	4	MO
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	4	PA
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cefboxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	4	PA
<i>cefpodoxime</i>	4	MO
<i>cefprozil</i>	2	MO
<i>ceftriaxone fosamil</i>	5	PA; NDS
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	4	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	4	PA
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	2	MO
<i>tazicef injection</i>	4	PA; MO
TEFLARO	5	PA; MO; NDS
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous</i>	4	PA; MO
<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	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 capsule,delayed release(dr/ec)</i>	4	
<i>erythromycin oral tablet</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	4	MO
<i>fidaxomicin</i>	5	QL (20 por 10 días); NDS
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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<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, microcap sule recon 500 mg/5 ml</i>	4	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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 oral solution</i>	4	MO
<i>levofloxacin oral tablet</i>	2	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	3	MO
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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>mondoxylene 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	
<i>amiodarone oral</i>	2	MO
<i>dofetilide</i>	4	MO
<i>flecainide</i>	2	MO
<i>ibutilide fumarate</i>	2	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
VYNDAMAX	5	PA; MO; NDS
VYNDAQEL	5	PA; NDS
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<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 SURECLICK	3	PA; QL (6 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>rosuvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>simvastatin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)

NITRATOS

<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 ointment</i>	3	
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd</i>	2	MO
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	MO
<i>benazepril</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>betaxolol oral</i>	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	
<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	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>clonidine transdermal patch</i>	4	MO; QL (4 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)</i>	2	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	2	
<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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<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</i>	4	
<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 injection</i>	2	
<i>hydralazine oral</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	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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	
<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	
<i>matzim la</i>	2	MO
<i>metolazone</i>	2	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol ta-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>metyrosine</i>	5	PA; MO; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	MO
<i>moexipril</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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-hcthiazid</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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	MO
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	2	MO
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	2	MO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg</i>	2	
<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>treprostini l sodium</i>	5	PA; MO; LA; NDS
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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 solution</i>	2	
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
CEPROTIN (GREEN BAR)	3	PA; MO
<i>cilostazol</i>	2	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	2	
<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
DOPTELET (10 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET (15 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET (30 TAB PACK)	5	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET SPRINKLE	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)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG	3	QL (140 por 28 días)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1.5 MG (0.5 MG X 3)	3	MO; QL (420 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG (0.5 MG X 4)	3	MO; QL (560 por 28 días)
ELIQUIS SPRINKLE	3	QL (70 por 28 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
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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% NAACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	3	

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 05/18/2026

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 oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 2.5 mg, 4 mg, 5 mg, 7.5 mg</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	MO; 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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)

GASTROENTEROLOGÍA

AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS

<i>alose tron oral tablet 0.5 mg</i>	4	PA; MO
<i>alose tron 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 200 MG/ML	5	PA; QL (2 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<i>dimenhydrinate injection solution</i>	2	MO
<i>dronabinol</i>	4	PA; MO
<i>droperidol injection solution</i>	2	
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
INFLIXIMAB	5	PA; QL (20 por 28 días); NDS
<i>lactulose oral solution</i>	2	MO
LINZESS	3	MO; QL (30 por 30 días)
LIVDELZI	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
<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	

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	2	MO
<i>nitroglycerin rectal</i>	3	MO
<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	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	4	MO
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	4	
SUCRAID	5	PA; NDS
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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, 60,000-189,600-252,600 UNIT	3	MO
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	MO
<i>diphenoxylate-atropine 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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		
<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</i>	2	MO
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	2	MO
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	2	MO
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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	
DENGVAXIA (PF)	3	
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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)	3	
PRIORIX (PF)	1	V
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
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
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	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<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 solution</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mesna intravenous</i>	2	B/D PA; MO
<i>mesna oral</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	B/D PA; LA; NDS
BEIZRAY-ALBUMIN	5	B/D PA; 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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BESPONSA	5	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>bexarotene</i>	5	PA; MO; NDS
<i>bicalutamide</i>	2	MO
BIZENGRI	5	PA; NDS
BLENREP	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
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 TABLET	5	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
<i>busulfan</i>	5	B/D PA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
COPIKTRA	5	PA; LA; QL (56 por 28 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 50 MG	3	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified</i>	3	B/D PA; MO
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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), 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), 20 mg/ml (1 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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
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
ENSACOVE	5	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
ENVARUSUS XR	4	B/D PA; MO
EPKINLY	5	PA; NDS
ERBITUX	5	B/D PA; MO; NDS
<i>eribulin</i>	5	B/D PA; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressive</i>) oral tablet 0.25 mg	3	B/D PA; MO
<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressive</i>) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	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
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA; MO
<i>floxuridine</i>	2	B/D PA
<i>fludarabine</i> intravenous recon soln	2	B/D PA; MO
<i>fludarabine</i> intravenous solution	2	B/D PA
<i>fluorouracil</i> intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml	2	B/D PA; MO
<i>fluorouracil</i> intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml	2	B/D PA
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21 por 28 días); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GILOTRIF	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	4	MO
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	5	MO; NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; QL (126 por 28 días); NDS
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
HYRNUO	5	PA; QL (120 por 30 días); NDS
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
<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 (28 por 28 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 (28 por 28 días); NDS
IMDELLTRA	5	PA; MO; NDS
IMFINZI	5	B/D PA; MO; LA; NDS
IMJUDO	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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
IMKELDI	5	PA; MO; QL (280 por 28 días); NDS
INLEXZO	5	PA; MO; LA; NDS
INLURIYO	5	PA; 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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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; QL (60 por 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (30 por 30 días); NDS
JEMPERLI	5	PA; MO; NDS
JEVTANA	5	B/D PA; MO; NDS
JYLAMVO	4	B/D PA; MO
KADCYLA	5	PA; MO; NDS
KEYTRUDA	5	PA; MO; NDS
KEYTRUDA QLEX	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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
KOMZIFTI	5	PA; QL (90 por 30 días); NDS
KOSELUGO	5	PA; NDS
KRAZATI	5	PA; QL (180 por 30 días); NDS
KYPROLIS	5	B/D PA; MO; 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</i>	5	PA; MO; 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 X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	5	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<i>lomustine oral capsule 10 mg</i>	4	
<i>lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg</i>	5	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
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LUNSUMIO VELO	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
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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
NELARABINE	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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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</i>	4	PA; MO
<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
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</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
<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
<i>pomalidomide</i>	5	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
POTELIGEO	5	PA; 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pralatrexate intravenous solution 20 mg/ml (1 ml)</i>	5	B/D PA; MO; NDS
PRALATREXATE INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/2 ML (20 MG/ML)	5	B/D PA; MO; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS	3	B/D PA
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
RUXIENCE	5	PA; MO; NDS
RYBREVANT	5	PA; MO; NDS
RYBREVANT FASPRO	5	PA; 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,EXT ENDED REL RECON 10 MG	5	PA; MO; NDS
SARCLISA	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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<i>sirolimus</i>	4	B/D PA; MO
SOLTAMOX	5	MO; NDS
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
TAGRISSEO	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
TECENTRIQ	5	B/D PA; MO; LA; NDS
TECENTRIQ HYBREZA	5	B/D PA; MO; LA; NDS
TECVAYLI	5	PA; NDS
TEMODAR	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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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	5	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
UNITUXIN	5	B/D PA; NDS
<i>valrubicin</i>	5	B/D PA; MO; NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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 (56 por 28 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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
WELIREG	5	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	5	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLETT 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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	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
ZELBORAF	5	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
ZEPZELCA	5	PA; 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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	
<i>benztropine oral</i>	2	PA; MO
<i>bromocriptine oral capsule</i>	4	
<i>bromocriptine oral tablet</i>	4	MO
<i>carbidopa</i>	4	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	4	MO
<i>entacapone</i>	4	MO
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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	3	MO; QL (50 por 30 días)
<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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	3	PA; MO; QL (120 por 30 días)
<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, 1 mg/ml</i>	4	
<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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	3	MO; QL (30 por 90 días)
KLOXXADO	4	MO
<i>lurbiro</i>	2	
<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	
<i>naloxone injection syringe</i>	2	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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		
<i>brivaracetam intravenous</i>	4	MO; QL (600 por 30 días)
<i>brivaracetam oral solution</i>	5	MO; QL (600 por 30 días); NDS
<i>brivaracetam oral tablet</i>	5	MO; QL (60 por 30 días); NDS
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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

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	
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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

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 450 mg, 750 mg, 900 mg</i>	3	PA; MO; QL (60 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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml</i>	2	
<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
LEVETIRACETAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION	4	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 suspension</i>	5	MO; QL (720 por 30 días); NDS
<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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>roweepira</i>	2	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	5	PA; MO; NDS
<i>rufinamide oral tablet</i>	4	PA; MO
SPRITAM	4	
SUBVENITE ORAL SUSPENSION	5	MO; NDS
<i>subvenite oral tablet</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; MO
<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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

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>amphetamine</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>aripiprazole oral solution</i>	4	MO
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>armodafinil</i>	4	PA; MO; QL (30 por 30 días)
<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)
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>bupirone</i>	2	MO
CAPLYTA	4	MO; QL (30 por 30 días)
<i>chlorpromazine injection</i>	2	
<i>chlorpromazine oral</i>	4	MO
<i>citalopram oral solution</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>clomipramine</i>	4	MO
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>diazepam intensol</i>	2	PA; MO; QL (240 por 30 días)
<i>diazepam oral concentrate</i>	2	PA; QL (240 por 30 días)
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>eszopiclone</i>	4	MO; QL (30 por 30 días)
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG	5	ST; QL (30 por 30 días); NDS
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	5	ST; MO; QL (30 por 30 días); NDS
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK	5	ST; MO; QL (32 por 180 días); NDS
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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 (120 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 injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral</i>	4	MO
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	2	MO; QL (90 por 30 días)
<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), 50 mg/ml(1ml)</i>	4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>haloperidol lactate injection</i>	4	
<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
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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	MO
<i>lorazepam injection</i>	2	PA
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
LYBALVI	5	MO; QL (30 por 30 días); NDS
MARPLAN	4	
<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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
<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)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	5	MO; QL (90 por 30 días); NDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	5	MO; QL (30 por 30 días); NDS
OPIPZA ORAL FILM 5 MG	5	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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i>	3	QL (2 por 28 días)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 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, 50 mg/2 ml</i>	5	MO; QL (2 por 28 días); NDS
<i>risperidone oral solution</i>	2	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 por 30 días)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 por 30 días)
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<i>sodium oxybate (preferred ndcs starting with 00054)</i>	5	PA; MO; 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
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
<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
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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	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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
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 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		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; MO; 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	4	PA; MO; QL (120 por 180 días)
<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
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	4	MO
<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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; MO; QL (30 por 30 días); NDS
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; MO; 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
KESIMPTA PEN	5	PA; MO; QL (1.6 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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>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)
<i>kourzeq</i>	2	MO
<i>periogard</i>	2	MO
<i>sf</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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

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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	MO
<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.fa 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
<i>enskyce</i>	2	MO
<i>estarylla</i>	2	MO
<i>falmina (28)</i>	2	MO
<i>introvale</i>	2	MO
<i>isibloom</i>	2	MO
<i>jasmiel (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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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.estrad 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	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month</i>	2	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	2	MO
<i>loryna (28)</i>	2	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	2	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	2	MO
<i>luteru (28)</i>	2	
<i>marlissa (28)</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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-linyah</i>	2	MO
<i>nikki (28)</i>	2	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 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
<i>philith</i>	2	MO
<i>pimtrea (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>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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>tri-linyah</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>valtya</i>	2	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	2	MO
<i>vestura (28)</i>	2	MO
<i>vienva</i>	2	MO
<i>violele (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	MO
<i>abigale lo</i>	3	MO
<i>camila</i>	2	MO
<i>conjugated estrogens</i>	3	MO
<i>deblitane</i>	2	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	MO
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	3	MO; QL (8 por 28 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.075 mg/24 hr</i>	3	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
<i>lyllana</i>	3	QL (8 por 28 días)
<i>lyza</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
PREMPRO	3	MO
<i>progesterone</i>	2	MO
<i>progesterone micronized oral</i>	3	MO
<i>sharobel</i>	2	MO
<i>yuvafem</i>	4	
OXITÓCICOS		
<i>methylergonovine oral</i>	4	PA
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	3	MO
<i>eluryng</i>	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	MO
<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
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
NATACYN	4	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	3	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	3	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	2	MO
<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		
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.01 %</i>	3	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	3	MO
<i>dorzolamide</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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; 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
PAVBLU	5	PA; MO; NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	2	MO
<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

<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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 oral suspension</i>	3	
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	4	MO
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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 oral powder</i>	5	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	5	PA; MO; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	MO
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension</i>	3	
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	3	MO
<i>sps (with sorbitol) rectal</i>	3	

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; MO; NDS
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	3	MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 25.2 GRAM	3	
<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		
<i>gentamicin topical</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<i>klayesta</i>	3	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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
COSENTYX PEN (2 PENS)	5	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
OTULFI INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA; MO; QL (0.5 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
SELARSDI INTRAVENOUS	5	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
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

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 ONE-PRESS	5	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
TREMFYA PEN	5	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	5	PA; MO; QL (12 por 180 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

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 05/18/2026

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</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

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)

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 05/18/2026

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

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

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 05/18/2026

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)

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

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 05/18/2026

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>acutane</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

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 ANTITIROIDEOS

<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	MO
<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 solution</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe</i>	2	
<i>fludrocortisone</i>	2	MO
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>prednisone oral tablet</i>	1	MO
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg (48 pack), 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<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>liomny</i>	2	
<i>liothyronine intravenous</i>	2	
<i>liothyronine oral</i>	2	MO
<i>unithroid</i>	1	MO
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cabergoline</i>	3	MO
<i>calcitonin (salmon) injection</i>	5	MO; NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	3	MO
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	4	
<i>cinacalcet</i>	4	PA; MO
<i>clomid</i>	2	PA; MO
<i>clomiphene citrate</i>	2	PA; MO
CRYSVITA	5	PA; MO; LA; NDS
<i>danazol</i>	4	MO
<i>desmopressin injection</i>	2	
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LUMIZYME	5	PA; MO; NDS
MEPSEVII	5	PA; MO; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA; MO; NDS
<i>milophene</i>	2	PA; MO
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, 200 mg/ml</i>	3	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<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)</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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (180 por 30 días)
<i>alcohol pads</i>	3	PA; MO
BAQSIMI	3	MO
<i>dapagliflozin</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<i>dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (60 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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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 INSULIN	3	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	3	MO
INPEFA	3	PA; MO; QL (30 por 30 días)
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	3	MO
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	3	MO
OZEMPIC ORAL	3	PA; QL (30 por 30 días)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 por 28 días)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 por 30 días)
<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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SOLIQUA 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
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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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 (18.76 por 28 días); NDS
<i>leflunomide</i>	2	MO; QL (30 por 30 días)
<i>milnacipran oral tablet</i>	3	MO; QL (60 por 30 días)
<i>milnacipran oral tablets,dose pack</i>	3	MO; QL (55 por 180 días)
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
OTEZLA XR	5	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OTEZLA XR INITIATION	5	PA; MO; QL (41 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
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; MO; QL (4 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

<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
PROLIA	3	MO; QL (1 por 180 días)
<i>raloxifene</i>	2	MO
<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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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 ALERGI

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
<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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<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 oral syrup</i>	2	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
ASMANEX HFA	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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	3	MO; QL (2 por 30 días)
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>breynd</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)

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
<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)

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
<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 hfa aerosol inhaler</i>	4	MO; QL (25.8 por 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>montelukast oral tablet</i>	1	MO
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	2	MO
<i>nintedanib</i>	5	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
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
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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)
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 REDHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	3	QL (10.6 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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
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)
<i>terbutaline oral</i>	4	MO
<i>terbutaline subcutaneous</i>	2	

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	MO
<i>tiotropium bromide</i>	3	QL (90 por 90 días)
TRELEGY ELLIPTA	3	MO; QL (60 por 30 días)
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

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 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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
-----------------	---	--------

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)
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
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR)	3	
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR)	3	
TWIIST STARTER KIT	3	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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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 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

GEMTESA	3	MO
<i>mirabegron</i>	3	MO
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	2	MO

<i>solifenacin</i>	2	MO
<i>tolterodine</i>	3	MO
<i>tropium 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	

ELECTROLITOS

<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	3	PA; MO
<i>calcium chloride</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
<i>klor-con m20</i>	2	MO
<i>klor-con oral packet 20</i>	4	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 intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection</i>	4	
<i>potassium acetate</i>	4	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	4	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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</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 solution</i>	4	
<i>sodium bicarbonate intravenous syringe 50 meq/50 ml (8.4 %)</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	
<i>sodium phosphate</i>	4	MO

PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
TROPHAMINE 10 %	4	B/D PA

VITAMINAS/HEMATÍNICOS

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 05/18/2026

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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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 05/18/2026

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>
<i>abacavir-lamivudine</i>	5	<i>albendazole</i>
<i>abigale</i>	63	<i>albumin, human 25 %</i>
<i>abigale lo</i>	63	<i>alburx (human) 25 %</i>
ABILIFY ASIMTUFII.....	50	<i>alburx (human) 5 %</i>
ABILIFY MAINTENA.....	50	<i>albutein 25 %</i>
<i>abiraterone</i>	28	<i>albutein 5 %</i>
<i>abirtega</i>	28	<i>albuterol sulfate</i>
ABRYSVO (PF).....	26	<i>alclometasone</i>
<i>acamprosate</i>	67	<i>alcohol pads</i>
<i>acarbose</i>	78	ALDURAZYME.....
<i>accutane</i>	75	ALECENSA.....
<i>acebutolol</i>	14	<i>alendronate</i>
<i>acetaminophen-codeine</i> ..	43, 44	<i>alfuzosin</i>
<i>acetazolamide</i>	66	<i>aliskiren</i>
<i>acetazolamide sodium</i>	66	<i>allopurinol</i>
<i>acetic acid</i>	61, 67	<i>allopurinol sodium</i>
<i>acetylcysteine</i>	69, 85	<i>aloprim</i>
<i>acitretin</i>	70	<i>alosetron</i>
ACTEMRA.....	82	<i>alprostadil</i>
ACTEMRA ACTPEN.....	82	<i>altavera (28)</i>
ACTHIB (PF).....	26	ALUNBRIG.....
ACTIMMUNE.....	24	ALVESCO.....
<i>acyclovir</i>	5, 72	<i>alyacen 1/35 (28)</i>
<i>acyclovir sodium</i>	5	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>
ADACEL(TDAP		<i>alyq</i>
ADOLESN/ADULT)(PF)	26	<i>amantadine hcl</i>
ADBRY.....	73	<i>ambrisentan</i>
ADCETRIS.....	28	<i>amethyst (28)</i>
<i>adefovir</i>	5	<i>amikacin</i>
ADEMPAS.....	85	<i>amiloride</i>
<i>adenosine</i>	12	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>
<i>adrenalin</i>	85	.....
ADSTILADRIN.....	28	<i>aminocaproic acid</i>
ADVAIR HFA.....	85	<i>amiodarone</i>
AIMOVIG AUTOINJECTOR		<i>amitriptyline</i>
.....	58	<i>amlodipine</i>
AKEEGA.....	28	<i>amlodipine-atorvastatin</i>
		<i>amlodipine-benazepril</i>
		<i>amlodipine-olmesartan</i>
		<i>amlodipine-valsartan</i>
		<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>
	
		<i>ammonium lactate</i>
		<i>amnestem</i>
		<i>amoxapine</i>
		<i>amoxicillin</i>
		<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..
		<i>amphetamine</i>
		<i>amphotericin b</i>
		<i>amphotericin b liposome</i>
		<i>ampicillin</i>
		<i>ampicillin sodium</i>
		<i>ampicillin-sulbactam</i>
		<i>anagrelide</i>
		<i>anastrozole</i>
		ANKTIVA.....
		<i>apraclonidine</i>
		<i>aprepitant</i>
		<i>apri</i>
		APTIVUS.....
		<i>aranelle (28)</i>
		ARCALYST.....
		AREXVY (PF).....
		<i>arformoterol</i>
		ARIKAYCE.....
		<i>aripiprazole</i>
		ARISTADA.....
		ARISTADA INITIO.....
		<i>armodafinil</i>
		<i>arsenic trioxide</i>
		<i>asenapine maleate</i>
		ASMANEX HFA.....
		ASMANEX TWISTHALER.....
		ASPARLAS.....
		<i>aspirin-dipyridamole</i>
		ASSURE ID INSULIN
		SAFETY.....

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 05/18/2026

<i>atazanavir</i>	5	<i>benazepril</i>	15	BRIVIACT	46
<i>atenolol</i>	15	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	15	<i>bromfenac</i>	64
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	15	<i>bendamustine</i>	28	<i>bromocriptine</i>	43
<i>atomoxetine</i>	51	BENDEKA.....	28	BRUKINSA.....	29
<i>atorvastatin</i>	13	BENLYSTA.....	82	<i>budesonide</i>	20, 86, 87
<i>atovaquone</i>	3	<i>benztropine</i>	43	<i>budesonide-formoterol</i>	87
<i>atovaquone-proguanil</i>	3	BESPONSA.....	29	<i>bumetanide</i>	15
<i>atropine</i>	66	BESREMI.....	25	<i>buprenorphine hcl</i>	44
ATROVENT HFA	86	<i>betaine</i>	20	<i>buprenorphine transdermal</i> <i>patch</i>	44
<i>abra eq</i>	61	<i>betamethasone dipropionate</i>	72	<i>buprenorphine-naloxone</i>	45
AUGMENTIN.....	10	<i>betamethasone valerate</i>	72	<i>bupropion hcl</i>	51
AUGTYRO	28	<i>betamethasone, augmented</i> ..	72	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	67
AUSTEDO	58, 59	BETASERON	25	<i>buspirone</i>	51
AUSTEDO XR.....	59	<i>betaxolol</i>	15, 65	<i>busulfan</i>	29
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	59	<i>bethanechol chloride</i>	91	<i>butorphanol</i>	45
AUVELITY.....	51	BEVESPI AEROSPHERE ..	86	BYOOVIZ	66
<i>aviane</i>	61	<i>bexarotene</i>	29	C	
AVMAPKI-FAKZYNJA	28	BEXSERO.....	26	CABENUVA.....	5
AVONEX.....	25	<i>bicalutamide</i>	29	<i>cabergoline</i>	77
AYVAKIT.....	28	BICILLIN L-A	10	CABLIVI.....	18
<i>azacitidine</i>	28	BIKTARVY	5	CABOMETYX.....	29
<i>azathioprine</i>	28	<i>bimatoprost</i>	66	<i>caffeine citrate</i>	67
<i>azathioprine sodium</i>	28	<i>bisoprolol fumarate</i>	15	<i>calcipotriene</i>	70
<i>azelaic acid</i>	75	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	15	<i>calcitonin (salmon)</i>	77
<i>azelastine</i>	60, 66	BIZENGRI	29	<i>calcitriol</i>	77
<i>azithromycin</i>	9	BLENREP	29	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	91
<i>aztreonam</i>	3	<i>bleomycin</i>	29	<i>calcium chloride</i>	91
<i>azurette (28)</i>	61	BLINCYTO.....	29	<i>calcium gluconate</i>	92
B		BOMYNTRA.....	27	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	29
<i>bacitracin</i>	65	BONSITY.....	84	<i>camila</i>	63
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	65	BOOSTRIX TDAP.....	26	<i>camrese</i>	61
<i>baclofen</i>	58	<i>bortezomib</i>	29	CAMZYOS.....	12
<i>balsalazide</i>	20	BORTEZOMIB.....	29	<i>candesartan</i>	15
BALVERSA.....	28	<i>bosentan</i>	86	<i>candesartan-</i> <i>hydrochlorothiazid</i>	15
BAQSIMI.....	78	BOSULIF	29	CAPLYTA.....	51
BARACLUDE	5	BRAFTOVI.....	29	CAPRELSA.....	29
BAVENCIO	28	BREO ELLIPTA	86	<i>captopril</i>	15
BCG VACCINE, LIVE (PF).....	26	<i>breyna</i>	86		
BD PEN NEEDLE	90	BREZTRI AEROSPHERE..	86		
BEIZRAY-ALBUMIN.....	28	<i>brimonidine</i>	64, 65		
BELBUCA	44	BRIUMVI.....	59		
BELEODAQ	28	<i>brivaracetam</i>	46		
BELSOMRA.....	51				

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 05/18/2026

<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	CLINIMIX 5%-
..... 15	..... 3	D20W(SULFITE-FREE)..93
<i>carbamazepine</i> 47	<i>chlorhexidine gluconate</i> 60	CLINIMIX 6%-D5W
<i>carbidopa</i> 43	<i>chloroprocaine (pf)</i> 73	(SULFITE-FREE) 93
<i>carbidopa-levodopa</i> 43	<i>chloroquine phosphate</i> 3	CLINIMIX 8%-
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>chlorothiazide sodium</i> 15	D10W(SULFITE-FREE)..93
<i>entacapone</i> 43	<i>chlorpromazine</i> 51	CLINIMIX 8%-
<i>carboplatin</i> 29	<i>chlorthalidone</i> 15	D14W(SULFITE-FREE)..93
<i>carglumic acid</i> 67	<i>cholestyramine (with sugar)</i> . 13	<i>clobazam</i> 47
<i>carmustine</i> 29	<i>cholestyramine light</i> 13	<i>clobetasol</i> 72
<i>carteolol</i> 65	<i>ciclodan</i> 69	<i>clobetasol-emollient</i> 72
<i>cartia xt</i> 15	<i>ciclopirox</i> 69	<i>clofarabine</i> 29
<i>carvedilol</i> 15	<i>cidofovir</i> 5	<i>clomid</i> 77
<i>caspofungin</i> 2	<i>cilostazol</i> 18	<i>clomiphene citrate</i> 77
CAYSTON 3	CIMDUO..... 5	<i>clomipramine</i> 52
<i>cefaclor</i> 8	CIMZIA..... 20, 21	<i>clonazepam</i> 47
<i>cefadroxil</i> 8	CIMZIA POWDER FOR	<i>clonidine (pf)</i> 15, 45
<i>cefazolin</i> 8	RECONST 20	<i>clonidine hcl</i> 15, 52
<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> . 8	CIMZIA STARTER KIT 20	<i>clonidine transdermal patch</i> . 15
<i>cefdinir</i> 8	<i>cinacalcet</i> 77	<i>clopidogrel</i> 18
<i>cefepime</i> 8	CINRYZE..... 87	<i>clorazepate dipotassium</i> 52
<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i> .. 8	CINVANTI..... 21	<i>clotrimazole</i> 2, 69
<i>cefixime</i> 8	<i>ciprofloxacin</i> 11	<i>clotrimazole-betamethasone</i> . 69
<i>cefloxitin</i> 8, 9	<i>ciprofloxacin hcl</i> 11, 61, 65	<i>clozapine</i> 52
<i>cefloxitin in dextrose, iso-osm</i> . 8	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	COARTEM..... 3
<i>cefpodoxime</i> 9	..... 11	COBENFY 52
<i>cefprozil</i> 9	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	COBENFY STARTER PACK
<i>ceftaroline fosamil</i> 9	..... 61	..... 52
<i>ceftazidime</i> 9	<i>cisplatin</i> 29	<i>colchicine</i> 84
<i>ceftriaxone</i> 9	<i>citalopram</i> 51, 52	<i>colesevelam</i> 13
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i> . 9	<i>cladribine</i> 29	<i>colestipol</i> 13
<i>cefuroxime axetil</i> 9	<i>claravis</i> 75	<i>colistin (colistimethate na)</i> 3
<i>cefuroxime sodium</i> 9	<i>clarithromycin</i> 9	COLUMVI 29
<i>celecoxib</i> 45	<i>clindamycin hcl</i> 3	COMBIVENT RESPIMAT.. 87
<i>cephalexin</i> 9	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> .. 3	COMETRIQ 29
CEPROTIN (BLUE BAR) ... 18	<i>clindamycin phosphate</i> 3, 64,	<i>compro</i> 21
CEPROTIN (GREEN BAR) 18	75	CONEXXENCE 84
CEQR SIMPLICITY 90	CLINIMIX 5%/D15W	<i>conjugated estrogens</i> 63
CEQR SIMPLICITY	SULFITE FREE 93	<i>constulose</i> 21
INSERTER..... 90	CLINIMIX 4.25%/D10W	COPIKTRA 30
<i>cetirizine</i> 85	SULF FREE 93	CORTIFOAM..... 21
<i>cevimeline</i> 67	CLINIMIX 4.25%/D5W	<i>cortisone</i> 75
CHEMET 67	SULFIT FREE..... 67	COSENTYX..... 70

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 05/18/2026

COSENTYX (2 SYRINGES)	DAPTACEL (DTAP	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>
..... 70	PEDIATRIC) (PF).....26	.....67
COSENTYX PEN..... 70	<i>daptomycin</i> .....3	<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>
COSENTYX PEN (2 PENS) 70	DAPTOMYCIN .....3	.....67
COSENTYX UNOREADY	<i>darunavir</i> .....5	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>.....67
PEN 70	DARZALEX .....30	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>
COTELLIC.....30	<i>dasatinib</i> .....30	.....68
CREON .....21	<i>dasetta 1/35 (28)</i>.....61	<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i>
CRESEMBA .....2	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>.....61	<i>chloride</i>.....68
<i>cromolyn</i>.....21, 66, 87	DATROWAY.....30	<i>dextrose 5%-0.3 %</i>
<i>cryselle (28)</i>.....61	<i>daunorubicin</i> .....30	<i>sod.chloride</i> .....68
CRYSVITA.....77	DAURISMO.....30	<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>
<i>cyclobenzaprine</i>.....58	<i>daysee</i> .....61	.....68
<i>cyclophosphamide</i> .....30	<i>deblitane</i> .....63	<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>
CYCLOPHOSPHAMIDE....30	<i>decitabine</i> .....30	.....68
<i>cyclosporine</i> .....30, 66	<i>deferasirox</i>.....67	DIACOMIT .....47
<i>cyclosporine modified</i> .....30	<i>deferiprone</i> .....67	<i>diazepam</i>.....47, 52
CYRAMZA.....30	<i>deferoxamine</i> .....67	<i>diazepam intensol</i> .....52
<i>cyred eq</i> .....61	DELSTRIGO.....5	<i>diazoxide</i>.....78
CYSTAGON .....91	<i>demeclocycline</i> .....11	<i>diclofenac potassium</i> .....45
CYSTARAN .....66	DENGVAXIA (PF).....26	<i>diclofenac sodium</i> ....45, 46, 64,
<i>cytarabine</i>.....30	<i>denta 5000 plus</i> .....60	73
<i>cytarabine (pf)</i> .....30	<i>dentagel</i> .....60	<i>diclofenac-misoprostol</i> .....46
D	DEPO-SUBQ PROVERA 104	<i>dicloxacillin</i> .....10
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	.....63	<i>dicyclomine</i>.....23
.....67	<i>dermacinrx lidocan</i>.....73	DIFICID .....9
<i>d2.5 %-0.45 % sodium</i>	DESCOVY .....5	<i>diflunisal</i> .....46
<i>chloride</i>.....67	<i>desipramine</i> .....52	<i>digoxin</i> .....12
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	<i>desmopressin</i> .....77	<i>dihydroergotamine</i> .....58
<i>chloride</i>.....67	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 61	DILANTIN 30 MG.....47
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	<i>desonide</i>.....72	<i>diltiazem hcl</i>.....15
.....67	<i>desvenlafaxine succinate</i> .....52	<i>dilt-xr</i> .....15
<i>dabigatran etexilate</i>.....18	<i>dexamethasone</i> .....75	<i>dimenhydrinate</i> .....21
<i>dacarbazine</i> .....30	<i>dexamethasone intensol</i>.....75	<i>dimethyl fumarate</i> .....59
<i>dactinomycin</i> .....30	<i>dexamethasone sodium phos</i>	<i>diphenhydramine hcl</i> .....85
<i>dalfampridine</i> .....59	<i>(pf)</i> .....75	<i>diphenoxylate-atropine</i>.....23
<i>danazol</i> .....77	<i>dexamethasone sodium</i>	<i>dipyridamole</i>.....18
<i>dantrolene</i>.....58	<i>phosphate</i>.....66, 75, 76	<i>disulfiram</i>.....68
DANYELZA .....30	<i>dextrazoxane hcl</i>.....27	<i>divalproex</i> .....47
DANZITEN.....30	<i>dextroamphetamine-</i>	<i>dobutamine</i> .....12
<i>dapagliflozin</i>.....78	<i>amphetamine</i> .....52	<i>dobutamine in d5w</i> .....13
<i>dapagliflozin-metformin</i> .....78	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	<i>docetaxel</i>.....30
<i>dapsone</i>.....3	.....67	<i>dofetilide</i> .....12
		<i>donepezil</i>.....59

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 05/18/2026

<i>dopamine</i>	13	EDURANT PED	5	<i>endocet</i>	44
<i>dopamine in 5 % dextrose</i>	13	<i>efavirenz</i>	6	ENGERIX-B (PF)	26
DOPTELET (10 TAB PACK)		<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 6		ENGERIX-B PEDIATRIC	
.....	18	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		(PF).....	26
DOPTELET (15 TAB PACK)		.....	6	<i>enoxaparin</i>	19
.....	18	<i>effe-r-k</i>	92	ENSACOVE.....	31
DOPTELET (30 TAB PACK)		ELAHERE.....	31	<i>enskyce</i>	61
.....	18	ELAPRASE.....	77	<i>entacapone</i>	43
DOPTELET SPRINKLE.....	18	<i>electrolyte-148</i>	93	<i>entecavir</i>	6
<i>dorzolamide</i>	66	<i>electrolyte-48 in d5w</i>	93	ENTRESTO SPRINKLE.....	13
<i>dorzolamide-timolol</i>	66	<i>electrolyte-a</i>	93	<i>enulose</i>	21
<i>dotti</i>	63	ELIGARD	31	ENVARBUS XR	31
DOVATO	5	ELIGARD (3 MONTH).....	31	EPIDIOLEX	47
<i>doxazosin</i>	15	ELIGARD (4 MONTH).....	31	<i>epinastine</i>	66
<i>doxepin</i>	52	ELIGARD (6 MONTH).....	31	<i>epinephrine</i>	85
<i>doxercalciferol</i>	77	<i>elinest</i>	61	EPKINLY	31
<i>doxorubicin</i>	30, 31	ELIQUIS	18, 19	<i>eplerenone</i>	16
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ..	31	ELIQUIS DVT-PE TREAT		ERBITUX.....	31
<i>doxy-100</i>	11	30D START	18	<i>ergotamine-caffeine</i>	58
<i>doxycycline hyclate</i>	11, 12	ELIQUIS SPRINKLE	19	<i>eribulin</i>	31
<i>doxycycline monohydrate</i>	12	ELITEK	27	ERIVEDGE	31
DRIZALMA SPRINKLE.....	52	ELMIRON.....	91	ERLEADA	31
<i>dronabinol</i>	21	ELREXFIO.....	31	<i>erlotinib</i>	31
<i>droperidol</i>	21	<i>eltrombopag olamine</i>	19	<i>errin</i>	63
DROPSAFE ALCOHOL		<i>eluryng</i>	64	<i>ertapenem</i>	3
PREP PADS	78	ELZONRIS.....	31	<i>ery pads</i>	75
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i>		EMGALITY PEN.....	58	<i>ery-tab</i>	9
.....	61	EMGALITY SYRINGE.....	58	<i>erythromycin</i>	9, 10, 65
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>		EMPLICITI	31	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...9	
.....	61	EMRELIS	31	<i>erythromycin with ethanol</i>....75	
DROXIA	31	EMSAM	52	<i>escitalopram oxalate</i>	52, 53
<i>droxidopa</i>	68	<i>emtricitabine</i>	6	<i>eslicarbazepine</i>	47
DUAVEE	63	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...6		<i>esmolol</i>	16
DULERA.....	87	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...6		<i>esomeprazole magnesium</i>....24	
<i>duloxetine</i>	52	EMTRIVA.....	6	<i>esomeprazole sodium</i>	24
DUPIXENT PEN	73	EMVERM	3	<i>estarylla</i>	61
DUPIXENT SYRINGE..	73, 74	<i>emzahn</i>	63	<i>estradiol</i>	63
<i>dutasteride</i>	91	<i>enalapril maleate</i>	16	<i>estradiol valerate</i>	63
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	91	<i>enalaprilat</i>	16	<i>estradiol-norethindrone acet</i> 63	
E		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>eszopiclone</i>	53
<i>econazole nitrate</i>	69	.....	16	<i>ethacrynate sodium</i>	16
EDARBI.....	16	ENBREL	82	<i>ethambutol</i>	3
EDARBYCLOR.....	16	ENBREL MINI	82	<i>ethosuximide</i>	47
EDURANT.....	5	ENBREL SURECLICK	83	<i>etodolac</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	FIASP FLEXTOUCH U-100	<i>fosamprenavir</i>.....6
.....64	INSULIN.....78	<i>fosaprepitant</i>.....21
ETOPOPHOS.....31	FIASP PENFILL U-100	<i>fosfomycin tromethamine</i>.....2
<i>etoposide</i>.....31	INSULIN.....79	<i>fosinopril</i>.....16
<i>etravirine</i>.....6	FIASP U-100 INSULIN.....79	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>
EUCRISA.....74	<i>fidaxomicin</i>.....10	.....16
EULEXIN.....31	<i>finasteride</i>.....91	<i>fosphenytoin</i>.....47
<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..31	<i> fingolimod</i>.....59	FOTIVDA.....32
<i>everolimus</i>	FINTEPLA.....47	FRUZAQLA.....32
<i>(immunosuppressive)</i>.....32	FIRMAGON KIT W	FULPHILA.....25
EVOTAZ.....6	DILUENT SYRINGE.....32	<i>fulvestrant</i>.....32
<i>exemestane</i>.....32	<i>flac otic oil</i>.....61	<i>furosemide</i>.....16
<i>exenatide</i>.....78	<i>flecainide</i>.....12	FYARRO.....32
EXXUA.....53	<i>floxuridine</i>.....32	<i>fyavolv</i>.....63
<i>ezetimibe</i>.....13	<i>fluconazole</i>.....2	FYCOMPA.....47
<i>ezetimibe-simvastatin</i>.....13	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .2	G
F	<i>flucytosine</i>.....2	<i>gabapentin</i>.....47, 48
FABRAZYME.....77	<i>fludarabine</i>.....32	<i>galantamine</i>.....59
<i>falmina (28)</i>.....61	<i>fludrocortisone</i>.....76	<i>gallifrey</i>.....63
<i>famciclovir</i>.....6	<i>flumazenil</i>.....53	GAMASTAN.....26
<i>famotidine</i>.....24	<i>flunisolide</i>.....87	GAMUNEX-C.....26
<i>famotidine (pf)</i>.....24	<i>fluocinolone</i>.....72	<i>ganciclovir sodium</i>.....6
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> 24	<i>fluocinolone acetone oil</i>....61	GARDASIL 9 (PF).....26
FANAPT.....53	<i>fluocinolone and shower cap</i> 72	<i>gatifloxacin</i>.....65
FANAPT TITRATION PACK	<i>fluocinonide</i>.....72, 73	GATTEX 30-VIAL.....21
A.....53	<i>fluocinonide-emollient</i>.....73	GATTEX ONE-VIAL.....21
FANAPT TITRATION PACK	<i>fluoride (sodium)</i>.....60, 94	GAUZE PAD.....90
B.....53	<i>fluorometholone</i>.....66	<i>gavilyte-c</i>.....21
FANAPT TITRATION PACK	<i>fluorouracil</i>.....32, 74	<i>gavilyte-g</i>.....21
C.....53	<i>fluoxetine</i>.....53	<i>gavilyte-n</i>.....21
FARXIGA.....78	<i>fluphenazine decanoate</i>.....53	GAVRETO.....32
FASENRA.....87	<i>fluphenazine hcl</i>.....53	GAZYVA.....32
FASENRA PEN.....87	<i>flurbiprofen</i>.....46	<i>gefitinib</i>.....32
<i>febuxostat</i>.....84	<i>flurbiprofen sodium</i>.....64	<i>gemcitabine</i>.....32
<i>felbamate</i>.....47	<i>fluticasone propionate</i>....73, 87	GEMCITABINE.....32
<i>felodipine</i>.....16	FLUTICASONE	<i>gemfibrozil</i>.....14
<i>fenofibrate</i>.....14	PROPIONATE.....87	GEMTESA.....91
<i>fenofibrate micronized</i>.....13	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	<i>generlac</i>.....21
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .13	.....87	<i>engraf</i>.....32
<i>fenofibric acid</i>.....14	<i>fluvastatin</i>.....14	<i>gentamicin</i>.....3, 65, 69
<i>fenofibric acid (choline)</i>.....14	<i>fluvoxamine</i>.....53	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..3
<i>fentanyl</i>.....44	<i>fomepizole</i>.....26	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..3
FETZIMA.....53	<i>fondaparinux</i>.....19	GENVOYA.....6
	<i>formoterol fumarate</i>.....87	GILOTRIF.....33

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 05/18/2026

<i>glatiramer</i>	59	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>		<i>hydroxyurea</i>	33
<i>glatopa</i>	59	.....	20	<i>hydroxyzine hcl</i>	85
GLEOSTINE.....	33	HEPARIN(PORCINE) IN		HYPERHEP B.....	26
<i>glimepiride</i>	79	0.45% NAACL.....	19	HYPERHEP B NEONATAL	
<i>glipizide</i>	79	<i>heparin, porcine (pf)</i>	20	.....	26
<i>glipizide-metformin</i>	79	HEPARIN, PORCINE (PF) .	20	HYRNUO	33
<i>glutamine (sickle cell)</i>	68	HEPLISAV-B (PF).....	26	I	
<i>glycine urologic solution</i>	91	HERNEXEOS	33	<i>ibandronate</i>	84
<i>glycopyrrolate</i>	24	HIBERIX (PF).....	26	IBRANCE.....	33
<i>glycopyrrolate (pf)</i>	24	HUMALOG JUNIOR		IBTROZI	33
<i>glycopyrrolate (pf) in water</i> .	24	KWIKPEN U-100	79	<i>ibu</i>	46
<i>glydo</i>	74	HUMALOG KWIKPEN		<i>ibuprofen</i>	46
GLYXAMBI	79	INSULIN	79	<i>ibutilide fumarate</i>	12
GOMEKLI	33	HUMALOG MIX 50-50		<i>icatibant</i>	87
GRAFAPEX.....	33	KWIKPEN.....	79	ICLUSIG	33
<i>granisetron (pf)</i>	21	HUMALOG MIX 75-25		<i>icosapent ethyl</i>	14
<i>granisetron hcl</i>	21	KWIKPEN.....	79	<i>idarubicin</i>	33
<i>griseofulvin microsize</i>	2	HUMALOG MIX 75-25(U-		IDHIFA.....	33
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	2	100)INSULN	79	<i>ifosfamide</i>	33
GVOKE.....	79	HUMALOG U-100 INSULIN		ILARIS (PF)	25
GVOKE HYPOPEN 1-PACK		.....	79	<i>imatinib</i>	33
.....	79	HUMULIN 70/30 U-100		IMBRUVICA	33
GVOKE HYPOPEN 2-PACK		INSULIN	80	IMDELLTRA	33
.....	79	HUMULIN 70/30 U-100		IMFINZI	33
GVOKE PFS 1-PACK		KWIKPEN.....	80	<i>imipenem-cilastatin</i>	3
SYRINGE.....	79	HUMULIN N NPH INSULIN		<i>imipramine hcl</i>	54
GVOKE PFS 2-PACK		KWIKPEN.....	80	<i>imiquimod</i>	74
SYRINGE.....	79	HUMULIN N NPH U-100		IMJUDO	33
H		INSULIN	80	IMKELDI	34
HADLIMA	83	HUMULIN R REGULAR U-		IMOVAX RABIES VACCINE	
HADLIMA PUSHTOUCH..	83	100 INSULN	80	(PF).....	26
HADLIMA(CF)	83	HUMULIN R U-500 (CONC)		IMPAVIDO	3
HADLIMA(CF)		INSULIN	80	IMVEXXY MAINTENANCE	
PUSHTOUCH.....	83	HUMULIN R U-500 (CONC)		PACK	63
<i>halobetasol propionate</i>	73	KWIKPEN.....	80	IMVEXXY STARTER PACK	
<i>haloperidol</i>	53	<i>hydralazine</i>	16	.....	63
<i>haloperidol decanoate</i>	53	<i>hydrochlorothiazide</i>	16	INBRIJA	43
<i>haloperidol lactate</i>	54	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	44	<i>incassia</i>	63
HAVRIX (PF)	26	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	44	INCRELEX	68
<i>heather</i>	63	<i>hydrocortisone</i>	21, 73, 76	<i>indapamide</i>	16
<i>heparin (porcine)</i>	19	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	61	INFANRIX (DTAP) (PF)....	26
<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	19	<i>hydromorphone</i>	44	INFLIXIMAB.....	21
<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>		<i>hydromorphone (pf)</i>	44	INGREZZA	59
.....	19	<i>hydroxychloroquine</i>	3		

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 05/18/2026

INGREZZA INITIATION	<i>ivabradine</i>	13	KINRIX (PF).....	26
PK(TARDIV).....	<i>ivermectin</i>	3	<i>kionex</i>	68
INGREZZA SPRINKLE.....	IWILFIN.....	34	KISQALI.....	34
INLEXZO.....	IXEMPRA.....	34	<i>klayesta</i>	69
INLURIYO.....	IXIARO (PF).....	26	<i>klor-con 10</i>	92
INLYTA.....	J		<i>klor-con 8</i>	92
INPEFA.....	JAKAFI.....	34	<i>klor-con m10</i>	92
INQOVI.....	<i>jantoven</i>	20	<i>klor-con m15</i>	92
INREBIC.....	JANUMET.....	80	<i>klor-con m20</i>	92
INSULIN LISPRO.....	JANUMET XR.....	80	<i>klor-con oral packet 20</i>	92
INSULIN LISPRO	JANUVIA.....	80	KLOXXADO.....	46
PROTAMIN-LISPRO.....	JARDIANCE.....	80	KOMZIFTI.....	35
INSULIN SYRINGE-	<i>jasmiel (28)</i>	61	KOSELUGO.....	35
NEEDLE U-100.....	JAYPIRCA.....	34	<i>kourzeq</i>	60
INTELENCE.....	JEMPERLI.....	34	K-PHOS NO 2.....	91
<i>intralipid</i>	<i>jencycla</i>	63	K-PHOS ORIGINAL.....	91
<i>introvale</i>	JENTADUETO.....	80	KRAZATI.....	35
INVEGA HAFYERA.....	JENTADUETO XR.....	80	<i>kurvelo (28)</i>	62
INVEGA SUSTENNA.....	JEVTANA.....	34	KYPROLIS.....	35
INVEGA TRINZA.....	<i>jinteli</i>	63	L	
INVELTYS.....	<i>jolessa</i>	62	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	62
IPOL.....	JOURNAVX.....	46	<i>labetalol</i>	16
<i>ipratropium bromide</i>	JUBBONTI.....	84	<i>lacosamide</i>	48
<i>ipratropium-albuterol</i>	<i>juleber</i>	62	<i>lactated ringers</i>	69, 92
<i>irbesartan</i>	JULUCA.....	6	<i>lactulose</i>	21
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	JYLAMVO.....	34	LAGEVRIO (EUA).....	6
.....	JYNNEOS (PF).....	26	<i>lamivudine</i>	6
<i>irinotecan</i>	K		<i>lamivudine-zidovudine</i>	6
ISENTRESS.....	KADCYLA.....	34	<i>lamotrigine</i>	48
ISENTRESS HD.....	KALETRA.....	6	<i>lanreotide</i>	35
<i>isibloom</i>	<i>kalliga</i>	62	<i>lansoprazole</i>	24
ISOLYTE S PH 7.4.....	KALYDECO.....	87	LANTUS SOLOSTAR U-100	
ISOLYTE-P IN 5 %	KANUMA.....	77	INSULIN.....	80
DEXTROSE.....	<i>kariva (28)</i>	62	LANTUS U-100 INSULIN..	80
ISOLYTE-S.....	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	62	<i>lapatinib</i>	35
<i>isoniazid</i>	KERENDIA.....	16	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	62
<i>isosorbide dinitrate</i>	KESIMPTA PEN.....	59	<i>larin 1/20 (21)</i>	62
<i>isosorbide mononitrate</i>	<i>ketoconazole</i>	2, 69	<i>larin 24 fe</i>	62
<i>isosorbide-hydralazine</i>	<i>ketorolac</i>	64	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	62
<i>isotretinoin</i>	KEYTRUDA.....	34	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	62
<i>isradipine</i>	KEYTRUDA QLEX.....	34	<i>latanoprost</i>	66
ISTODAX.....	KHAPZORY.....	27	LAZCLUZE.....	35
ITOVEBI.....	KIMMTRAK.....	34	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	
<i>itraconazole</i>	KINERET.....	83	.....	6

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 05/18/2026

<i>leflunomide</i>	83	LINZESS.....	21	LYNPARZA.....	36
<i>lenalidomide</i>	35	<i>liomny</i>	76	LYSODREN.....	36
LENVIMA.....	35	LIORESAL.....	58	LYTGOBI.....	36
<i>lessina</i>	62	<i>liothyronine</i>	76	LYUMJEV KWIKPEN U-100	
<i>letrozole</i>	35	<i>liraglutide</i>	80	INSULIN.....	80
<i>leucovorin calcium</i>	27	<i>lisinopril</i>	16	LYUMJEV KWIKPEN U-200	
LEUKERAN.....	35	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>		INSULIN.....	80
<i>leuprolide</i>	35	.....	16	LYUMJEV U-100 INSULIN	
<i>levetiracetam</i>	48	<i>lithium carbonate</i>	54	.....	80
LEVETIRACETAM.....	48	<i>lithium citrate</i>	54	<i>lyza</i>	63
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>		LIVDELZI.....	21	M	
.....	48	LIVTENCITY.....	6	<i>magnesium chloride</i>	92
<i>levobunolol</i>	65	LOKELMA.....	68	<i>magnesium sulfate</i>	92
<i>levocarnitine</i>	68	<i>lomustine</i>	35	MAGNESIUM SULFATE IN	
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	68	LONSURF.....	35	D5W.....	92
<i>levocetirizine</i>	85	<i>loperamide</i>	24	<i>magnesium sulfate in water</i> ..	92
<i>levofloxacin</i>	11, 65	<i>lopinavir-ritonavir</i>	6	<i>malathion</i>	73
<i>levofloxacin in d5w</i>	11	LOQTORZI.....	35	<i>mannitol 20 %</i>	16
<i>levoleucovorin calcium</i>	27	<i>lorazepam</i>	54	<i>mannitol 25 %</i>	16
<i>levonest (28)</i>	62	<i>lorazepam intensol</i>	54	<i>maraviroc</i>	6
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	62	LORBRENA.....	35	<i>marlissa (28)</i>	62
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	62	<i>loryna (28)</i>	62	MARPLAN.....	55
<i>levo-t</i>	76	<i>losartan</i>	16	MATULANE.....	36
<i>levothyroxine</i>	76	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>matzim la</i>	16
<i>levoxyl</i>	76	.....	16	MAVYRET.....	6
LIBTAYO.....	35	<i>loteprednol etabonate</i>	66	<i>meclizine</i>	21
<i>lidocaine</i>	74	<i>lovastatin</i>	14	<i>medroxyprogesterone</i>	64
<i>lidocaine (pf)</i>	12, 74	<i>low-ogestrel (28)</i>	62	<i>mefloquine</i>	4
<i>lidocaine hcl</i>	74	<i>loxapine succinate</i>	54	<i>megestrol</i>	36
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i>		<i>lo-zumandimine (28)</i>	62	MEKINIST.....	36
.....	12	<i>lubiprostone</i>	21	MEKTOVI.....	36
<i>lidocaine viscous</i>	74	LUMAKRAS.....	35	<i>meleya</i>	64
<i>lidocaine-epinephrine</i>	74	LUMIGAN.....	66	<i>meloxicam</i>	46
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i>	74	LUMIZYME.....	77	<i>melphalan hcl</i>	36
<i>lidocaine-prilocaine</i>	74	LUNSUMIO.....	35	<i>memantine</i>	60
<i>lidocan iii</i>	74	LUNSUMIO VELO.....	36	<i>memantine-donepezil</i>	60
<i>lidocan iv</i>	74	LUPRON DEPOT.....	36	MENQUADFI (PF).....	26
<i>lidocan v</i>	74	<i>lurasidone</i>	55	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
LILETTA.....	64	<i>lurbiro</i>	46	(PF).....	26
<i>lincomycin</i>	3	<i>luteru (28)</i>	62	MEPSEVII.....	77
<i>linezolid</i>	3	LYBALVI.....	55	<i>mercaptopurine</i>	36
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	3	<i>lyleq</i>	63	<i>meropenem</i>	4
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>		<i>lyllana</i>	63	<i>mesalamine</i>	21, 22
.....	3	LYNOZYFIC.....	36		

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 05/18/2026

<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	22	<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	13	<i>naloxone</i>	46
<i>mesna</i>	27	<i>mimvey</i>	64	<i>naltrexone</i>	46
<i>metformin</i>	80, 81	<i>minocycline</i>	12	<i>naproxen</i>	46
<i>methadone</i>	44, 45	<i>minoxidil</i>	16	<i>naproxen sodium</i>	46
<i>methadone intensol</i>	44	<i>miostat</i>	66	<i>naratriptan</i>	58
<i>methadose</i>	45	<i>mirabegron</i>	91	NATACYN.....	65
<i>methazolamide</i>	66	<i>mirtazapine</i>	55	<i>nateglinide</i>	81
<i>methenamine hippurate</i>	2	<i>misoprostol</i>	24	NAYZILAM.....	48
<i>methenamine mandelate</i>	2	<i>mitomycin</i>	36	<i>nebivolol</i>	17
<i>methimazole</i>	75	<i>mitoxantrone</i>	36	<i>nefazodone</i>	55
<i>methotrexate sodium</i>	36	M-M-R II (PF).....	26	NELARABINE.....	37
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	36	<i>modafinil</i>	55	NEMLUVIO.....	37
<i>methoxsalen</i>	74	MODEYSO	36	<i>neomycin</i>	4
<i>methsuximide</i>	48	<i>moexipril</i>	16	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	65
<i>methylergonovine</i>	64	<i>molindone</i>	55	<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>methylphenidate hcl</i>	55	<i>mometasone</i>	73, 87	<i>polymyxin</i>	65
<i>methylprednisolone</i>	76	<i>mondoxyne nl</i>	12	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	69
<i>methylprednisolone acetate</i> ..	76	MONJUVI.....	36	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	76	<i>mono-lynyah</i>	62	<i>dexameth</i>	65
<i>metoclopramide hcl</i>	22	<i>montelukast</i>	87, 88	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>metolazone</i>	16	<i>morphine</i>	45	<i>gramicidin</i>	65
<i>metoprolol succinate</i>	16	<i>morphine (pf)</i>	45	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	61, 65
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>		<i>morphine concentrate</i>	45	NERLYNX	37
.....	16	MOUNJARO.....	81	NEUPRO	43
<i>metoprolol tartrate</i>	16	<i>moxifloxacin</i>	11, 65	<i>nevirapine</i>	6, 7
<i>metro i.v.</i>	4	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		NEXLETOL	14
<i>metronidazole</i>	4, 64, 75	.....	11	NEXLIZET	14
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	MRESVIA (PF).....	26	NEXPLANON.....	64
<i>metyrosine</i>	16	MULTAQ.....	12	<i>niacin</i>	14
<i>mexiletine</i>	12	<i>mupirocin</i>	69	<i>nicardipine</i>	17
<i>micafungin</i>	2	<i>mycophenolate mofetil</i>	36, 37	NICOTROL NS.....	67
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	62	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	36	<i>nifedipine</i>	17
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	62	<i>mycophenolate sodium</i>	37	<i>nikki (28)</i>	62
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	62	MYFEMBREE	64	<i>nilotinib hcl</i>	37
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	62	MYHIBBIN.....	37	<i>nilutamide</i>	37
<i>midodrine</i>	68	MYLOTARG	37	<i>nimodipine</i>	17
MIEBO (PF).....	66	N		NINLARO	37
<i>mifepristone</i>	64, 77	<i>nabumetone</i>	46	<i>nintedanib</i>	88
<i>mili</i>	62	<i>nadolol</i>	17	<i>nitazoxanide</i>	4
<i>milnacipran</i>	83	<i>nafcillin</i>	10	<i>nitisinone</i>	68
<i>milophene</i>	77	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	10	<i>nitro-bid</i>	14
<i>milrinone</i>	13	<i>naftifine</i>	70	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	2
		NAGLAZYME.....	77	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	
		<i>nalbuphine</i>	46	<i>cryst</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

<i>nitroglycerin</i>	14, 22	NURTEC ODT	58	OPDIVO	38
NIVESTYM	25	<i>nyamyc</i>	70	OPDIVO QVANTIG	38
<i>nora-be</i>	64	<i>nystatin</i>	2, 70	OPDUALAG	38
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	64	<i>nystatin-triamcinolone</i>	70	OPIPZA	55
<i>norepinephrine bitartrate</i>	13	<i>nystop</i>	70	<i>opium tincture</i>	24
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	64	NYVEPRIA.....	25	OPSUMIT.....	88
<i>norethindrone acetate</i>	64	O		OPSYNVI.....	88
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	62, 64	<i>octreotide acetate</i>	37	ORGOVYX	38
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	62	<i>octreotide,microspheres</i>	37	ORKAMBI	88
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	62	ODEFSEY	7	<i>orquidea</i>	64
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	62	ODOMZO	37	ORSERDU	38
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	62	OFEV.....	88	<i>oseltamivir</i>	7
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	62	<i>ofloxacin</i>	61, 65	<i>osmitrol 20 %</i>	17
<i>nortriptyline</i>	55	OGSIVEO	37	OTEZLA.....	83
NORVIR.....	7	OJEMDA.....	37	OTEZLA STARTER.....	83
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	81	OJJAARA.....	37	OTEZLA XR.....	83
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	81	<i>olanzapine</i>	55	OTEZLA XR INITIATION .	83
NOVOLIN N FLEXPEN	81	<i>olmesartan</i>	17	OTULFI.....	70
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	81	<i>olmesartan-amlodipin- hcthiazid</i>	17	<i>oxacillin</i>	10
NOVOLIN R FLEXPEN	81	<i>olmesartan- hydrochlorothiazide</i>	17	<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	10
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	81	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	14	<i>oxaliplatin</i>	38
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	81	<i>omeprazole</i>	24	<i>oxaprozin</i>	46
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	81	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS).....	90	<i>oxcarbazepine</i>	48
NOVOLOG MIX 70- 30FLEXPEN U-100	81	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....	90	OXERVATE.....	66
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	81	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	90	<i>oxybutynin chloride</i>	91
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	81	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	90	<i>oxycodone</i>	45
NUBEQA	37	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	90	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	45
NUCALA	88	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	90	OZEMPIC.....	81
NUDEXTA	60	OMNITROPE.....	25	OZURDEX	66
NULOJIX.....	37	ONCASPAR.....	38	P	
NUPLAZID.....	55	<i>ondansetron</i>	22	<i>pacerone</i>	12
		<i>ondansetron hcl</i>	22	<i>paclitaxel</i>	38
		<i>ondansetron hcl (pf)</i>	22	<i>paclitaxel protein-bound</i>	38
		ONIVYDE.....	38	PADCEV	38
		ONUREG	38	<i>paliperidone</i>	55
				<i>palonosetron</i>	22
				<i>pamidronate</i>	77
				PANRETIN	74
				<i>pantoprazole</i>	24
				<i>paricalcitol</i>	77
				<i>paroxetine hcl</i>	55, 56
				PAVBLU	66
				PAXLOVID.....	7

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 05/18/2026

<i>pazopanib</i>	38	<i>pioglitazone</i>	81	<i>prazosin</i>	17
PEDIARIX (PF)	26	<i>piperacillin-tazobactam</i>	11	<i>prednisolone</i>	76
PEDVAX HIB (PF).....	26	PIQRAY	38	<i>prednisolone acetate</i>	66
<i>peg 3350-electrolytes</i>	22	<i>pirfenidone</i>	88	<i>prednisolone sodium</i>	
PEGASYS	25	<i>piroxicam</i>	46	<i>phosphate</i>	66, 76
<i>peg-electrolyte</i>	22	<i>pitavastatin calcium</i>	14	<i>prednisone</i>	76
PEMAZYRE	38	PLEGRIDY	25	<i>prednisone intensol</i>	76
<i>pemetrexed disodium</i>	38	PLENAMINE.....	93	<i>pregabalin</i>	49
PEN NEEDLE, DIABETIC .	90	<i>plerixafor</i>	25	PREMARIN	64
PENBRAYA (PF)	26	<i>podofilox</i>	74	<i>premasol 10 %</i>	93
<i>penciclovir</i>	72	POLIVY	38	PREMPHASE.....	64
<i>penicillamine</i>	83	<i>polocaine</i>	74	PREMPRO	64
PENICILLIN G POT IN		<i>polocaine-mpf</i>	74	<i>prenatal vitamin oral tablet</i> ..	94
DEXTROSE	11	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>		<i>prevalite</i>	14
<i>penicillin g potassium</i>	11	.....	65	PREVYMIS	7
<i>penicillin g sodium</i>	11	<i>pomalidomide</i>	38	PREZCOBIX.....	7
<i>penicillin v potassium</i>	11	<i>portia 28</i>	62	PREZISTA	7
PENMENVY MEN A-B-C-W-		<i>posaconazole</i>	2	PRIFTIN	4
Y (PF).....	26	<i>potassium acetate</i>	92	PRIMAQUINE	4
PENTACEL (PF)	26	<i>potassium chlorid-d5-</i>		<i>primidone</i>	49
<i>pentamidine</i>	4	<i>0.45%nacl</i>	92	PRIMIDONE.....	49
<i>pentobarbital sodium</i>	56	<i>potassium chloride</i>	92, 93	PRIORIX (PF).....	26
<i>pentoxifylline</i>	20	<i>potassium chloride in</i>		<i>probenecid</i>	84
<i>perampanel</i>	48, 49	<i>0.9%nacl</i>	92	<i>probenecid-colchicine</i>	84
<i>perindopril erbumine</i>	17	<i>potassium chloride in 5 % dex</i>		<i>procainamide</i>	12
<i>periogard</i>	60	.....	92	<i>prochlorperazine</i>	22
PERJETA	38	<i>potassium chloride in lr-d5</i> ..	92	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	22
<i>permethrin</i>	73	<i>potassium chloride in water</i> .	92	<i>prochlorperazine maleate oral</i>	
<i>perphenazine</i>	56	<i>potassium chloride-0.45 %</i>		.....	22
<i>pfizerpen-g</i>	11	<i>nacl</i>	93	PROCRIT	25
<i>phenelzine</i>	56	<i>potassium chloride-d5-</i>		<i>procto-med hc</i>	22
<i>phenobarbital</i>	49	<i>0.2%nacl</i>	93	<i>proctosol hc</i>	22
<i>phenobarbital sodium</i>	49	<i>potassium chloride-d5-</i>		<i>proctozone-hc</i>	22
<i>phentolamine</i>	17	<i>0.9%nacl</i>	93	<i>progesterone</i>	64
<i>phenytoin</i>	49	<i>potassium citrate</i>	91	<i>progesterone micronized</i>	64
<i>phenytoin sodium</i>	49	<i>potassium phosphate m-/d-</i>		PROGRAF.....	39
<i>phenytoin sodium extended</i> ..	49	<i>basic</i>	93	PROLASTIN-C	68
<i>philith</i>	62	POTELIGEO	38	PROLIA.....	84
PIFELTRO	7	<i>pralatrexate</i>	39	<i>promethazine</i>	85
<i>pilocarpine hcl</i>	66, 68	PRALATREXATE.....	39	<i>propafenone</i>	12
<i>pimecrolimus</i>	74	<i>pramipexole</i>	43	<i>propranolol</i>	17
<i>pimozide</i>	56	<i>prasugrel hcl</i>	20	<i>propylthiouracil</i>	75
<i>pimtreea (28)</i>	62	<i>pravastatin</i>	14	PROQUAD (PF).....	26
<i>pindolol</i>	17	<i>praziquantel</i>	4	<i>protamine</i>	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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 05/18/2026

<i>protriptyline</i>	56	RETROVIR.....	7	RYDAPT.....	39
PULMICORT FLEXHALER		REVCovi.....	68	RYLAZE.....	39
.....	88	<i>revonto</i>	58	RYTELO.....	39
PULMOZYME.....	88	REVUFORJ.....	39	S	
<i>pyrazinamide</i>	4	REXULTI.....	56	<i>sacubitril-valsartan</i>	13
<i>pyridostigmine bromide</i>	58	REYATAZ.....	7	<i>sajazir</i>	89
<i>pyrimethamine</i>	4	REZDIFFRA.....	68	<i>salsalate</i>	46
PYZCHIVA (ONLY NDCS		REZLIDHIA.....	39	SANDOSTATIN LAR	
STARTING WITH 61314)		REZUROCK.....	39	DEPOT.....	39
.....	70, 71	RHOPRESSA.....	66	SANTYL.....	74
Q		<i>ribavirin</i>	7	<i>sapropterin</i>	77
QINLOCK.....	39	<i>rifabutin</i>	4	SARCLISA.....	39
QUADRACEL (PF).....	26	<i>rifampin</i>	4	SAVELLA.....	83
<i>quetiapine</i>	56	<i>rilpivirine hcl</i>	7	<i>saxagliptin</i>	81
<i>quinapril</i>	17	<i>riluzole</i>	68	<i>saxagliptin-metformin</i>	81
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>		<i>rimantadine</i>	7	SCEMBLIX.....	40
.....	17	<i>ringer's</i>	69, 93	<i>scopolamine base</i>	22
<i>quinidine sulfate</i>	12	RINVOQ.....	83	SECUADO.....	56
<i>quinine sulfate</i>	4	RINVOQ LQ.....	83	SELARSDI.....	71
QULIPTA.....	58	<i>risedronate</i>	68, 84	<i>selegiline hcl</i>	43
QVAR REDIHALER.....	88, 89	<i>risperidone</i>	56	<i>selenium sulfide</i>	71
R		<i>risperidone microspheres</i>	56	SELZENTRY.....	7
RABAVERT (PF).....	27	<i>ritonavir</i>	7	<i>sertraline</i>	56, 57
RADICAVA ORS.....	60	<i>rivaroxaban</i>	20	<i>setlakin</i>	62
RADICAVA ORS STARTER		<i>rivastigmine</i>	60	<i>sevelamer carbonate</i>	68
KIT SUSP.....	60	<i>rivastigmine tartrate</i>	60	<i>sf 60</i>	
RALDESY.....	56	<i>rizatriptan</i>	58	<i>sf 5000 plus</i>	61
<i>raloxifene</i>	84	ROCKLATAN.....	66	<i>sharobel</i>	64
<i>ramelteon</i>	56	<i>roflumilast</i>	89	SHINGRIX (PF).....	27
<i>ramipril</i>	17	<i>romidepsin</i>	39	SIGNIFOR.....	40
<i>ranolazine</i>	13	ROMVIMZA.....	39	<i>sildenafil (pulmonary arterial</i>	
<i>rasagiline</i>	43	<i>ropinirole</i>	43	<i>hypertension)</i>	89
<i>reclipsen (28)</i>	62	<i>rosuvastatin</i>	14	<i>silver sulfadiazine</i>	74
RECOMBIVAX HB (PF)....	27	ROTARIX.....	27	SIMBRINZA.....	66
RELENZA DISKHALER.....	7	ROTATEQ VACCINE.....	27	SIMLANDI(CF).....	83, 84
RELEUKO.....	25	<i>roweepira</i>	49	SIMLANDI(CF)	
RELISTOR.....	22	ROZLYTREK.....	39	AUTOINJECTOR.....	83
REMICADE.....	22	RUBRACA.....	39	SIMULECT.....	40
RENACIDIN.....	91	<i>rufinamide</i>	49	<i>simvastatin</i>	14
<i>repaglinide</i>	81	RUKOBIA.....	7	<i>sirolimus</i>	40
REPATHA.....	14	RUXIENCE.....	39	SIRTURO.....	4
REPATHA SURECLICK....	14	RYBELSUS.....	81	SKYRIZI.....	22, 23, 71
RETACRIT.....	25, 26	RYBREVANT.....	39	<i>sodium acetate</i>	93
RETEVMO.....	39	RYBREVANT FASPRO.....	39		

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 05/18/2026

<i>sodium benzoate-sod</i>	STREPTOMYCIN	4	<i>tazicef</i>	9
<i>phenylacet</i>	STRIBILD	7	TECENTRIQ	40
<i>sodium bicarbonate</i>	STRIVERDI RESPIMAT	89	TECENTRIQ HYBREZA	40
<i>sodium chloride</i>	SUBLOCADE	45	TECVAYLI	40
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	<i>subvenite</i>	49	TEFLARO	9
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	SUBVENITE.....	49	<i>telmisartan</i>	17
<i>sodium chloride 3 %</i>	SUCRAID	23	<i>telmisartan-amlodipine</i>	17
<i>hypertonic</i>	<i>sucralfate</i>	24	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	17
<i>sodium chloride 5 %</i>	<i>sulfacetamide sodium</i>	67	.....	17
<i>hypertonic</i>	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	69	TEMODAR	40
<i>sodium fluoride 5000 dry</i>	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ..	67	<i>temsirolimus</i>	40
<i>mouth</i>	<i>sulfadiazine</i>	11	TENIVAC (PF)	27
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	11	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .	7
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ... 61	.....	11	TEPMETKO	40
<i>sodium oxybate (preferred ndcs</i>	<i>sulfasalazine</i>	23	<i>terazosin</i>	17
<i>starting with 00054)</i>	<i>sulindac</i>	46	<i>terbinafine hcl</i>	2
<i>sodium phenylbutyrate</i>	<i>sumatriptan nasal</i>	58	<i>terbutaline</i>	89
<i>sodium phosphate</i>	<i>sumatriptan succinate</i>	58	<i>terconazole</i>	64
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> 68	<i>sunitinib malate</i>	40	<i>teriflunomide</i>	60
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	SUNLENCA.....	7	<i>teriparatide</i>	85
.....	<i>syeda</i>	62	<i>testosterone</i>	77, 78
SOFOSBUVIR-	SYLVANT	40	<i>testosterone cypionate</i>	77
VELPATASVIR.....	SYMDEKO	89	<i>testosterone enanthate</i>	77
<i>solifenacin</i>	SYMPAZAN	49	<i>tetrabenazine</i>	60
SOLIQUA 100/33	SYMPROIC.....	23	<i>tetracycline</i>	12
SOLTAMOX.....	SYMTUZA.....	7	TEVIMBRA	40
SOMATULINE DEPOT	SYNJARDY	82	THALOMID.....	40
SOMAVERT	SYNJARDY XR.....	82	<i>theophylline</i>	89
<i>sorafenib</i>	T		<i>thioridazine</i>	57
<i>sotalol</i>	TABLOID	40	<i>thiotepa</i>	40
<i>sotalol af</i>	TABRECTA.....	40	<i>thiothixene</i>	57
SPIRIVA RESPIMAT	<i>tacrolimus</i>	40, 75	<i>tiadylt er</i>	17
<i>spironolactone</i>	<i>tadalafil</i>	91	<i>tiagabine</i>	49
<i>spironolacton-</i>	<i>tadalafil (pulmonary arterial</i>		TIBSOVO.....	41
<i>hydrochlorothiaz</i>	<i>hypertension) oral tablet 20</i>		<i>ticagrelor</i>	20
SPRAVATO.....	<i>mg</i>	89	TICE BCG	27
<i>sprintec (28)</i>	TAFINLAR	40	TICOVAC	27
SPRITAM.....	TAGRISSO	40	<i>tigecycline</i>	4
<i>sps (with sorbitol)</i>	TALVEY	40	<i>tilia fe</i>	62
<i>ssd</i>	TALZENNA.....	40	<i>timolol maleate</i>	17, 65
STELARA.....	<i>tamoxifen</i>	40	<i>tinidazole</i>	4
STIOLTO RESPIMAT	<i>tamsulosin</i>	91	<i>tiotropium bromide</i>	89
STIVARGA.....	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	62	TIVDAK.....	41
STRENSIQ.....	<i>tazarotene</i>	75	TIVICAY.....	7

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 05/18/2026

TIVICAY PD	7	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	TYVASO	89
<i>tizanidine</i>	58	.....	TYVASO INSTITUTIONAL	
TOBI PODHALER	4	<i>tridacaine ii</i>	START KIT	89
TOBRADEX	66	<i>triderm</i>	TYVASO REFILL KIT	89
<i>tobramycin</i>	4, 65	<i>trientine</i>	TYVASO STARTER KIT	90
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	4	<i>tri-estarylla</i>	U	
<i>tobramycin sulfate</i>	4	<i>trifluoperazine</i>	UBRELVY	58
<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	66	<i>trifluridine</i>	ULTRA-FINE INSULIN	
<i>tolterodine</i>	91	<i>trihexyphenidyl</i>	SYRINGE	91
<i>tolvaptan</i>	78	TRIJARDY XR	<i>unithroid</i>	76
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>		TRIKAFTA	UNITUXIN	41
.....	78	<i>tri-legest fe</i>	UPTRAVI	18
<i>topiramate</i>	49	<i>tri-linyah</i>	<i>ursodiol</i>	23
<i>topotecan</i>	41	<i>tri-lo-estarylla</i>	USTEKINUMAB	71
<i>toremifene</i>	41	<i>tri-lo-marzia</i>	USTEKINUMAB-AEKN	71
<i>torpenz</i>	41	<i>tri-lo-sprintec</i>	V	
<i>torse mide</i>	17	<i>trimethoprim</i>	<i>valacyclovir</i>	7, 8
TOUJEO MAX U-300		<i>trimipramine</i>	VALCHLOR	75
SOLOSTAR	82	TRINTELLIX	<i>valganciclovir</i>	8
TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>tri-sprintec (28)</i>	<i>valproate sodium</i>	49
INSULIN	82	TRIUMEQ	<i>valproic acid</i>	50
TRADJENTA	82	TRIUMEQ PD	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	
<i>tramadol</i>	46	TRODELVY .....	.....	50
<i>tramadol-acetaminophen</i>	46	TROGARZO	<i>valrubicin</i>	41
<i>trandolapril</i>	17	TROPHAMINE 10 %	<i>valsartan</i>	18
<i>trandolapril-verapamil</i>	17	<i>tropium</i>	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>tranexamic acid</i>	64	TRULANCE .....	.....	18
<i>tranylcypromine</i>	57	TRULICITY	VALTOCO	50
<i>travasol 10 %</i>	93	TRUMENBA	<i>valtya</i>	63
<i>travoprost</i>	66	TRUQAP	<i>vancomycin</i>	5
TRAZIMERA	41	TUKYSA	VANCOMYCIN IN 0.9 %	
<i>trazodone</i>	57	TURALIO	SODIUM CHL	4, 5
TRELEGY ELLIPTA	89	<i>turgoz (28)</i>	VANFLYTA	41
TRELSTAR	41	TWIIST REFILL KT(CSST-	VAQTA (PF)	27
TREMFYA	71	NDL-SYR)	<i>varenicline tartrate</i>	67
TREMFYA ONE-PRESS	71	TWIIST RFL(INFUS-CSST-	VARIVAX (PF)	27
TREMFYA PEN	71	NDL-SYR)	VARIZIG	27
TREMFYA PEN		TWIIST STARTER KIT	VARUBI	23
INDUCTION PK(2PEN) .	71	TWINRIX (PF)	VAXCHORA VACCINE	27
<i>treprostinil sodium</i>	17	TYENNE	VECTIBIX	41
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	41	TYENNE AUTOINJECTOR	<i>veletri</i>	18
<i>tretinoin topical</i>	75	.....	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	
<i>triamcinolone acetonide</i> 61, 73,		TYMLOS .....	.....	63
76		TYPHIM VI	VELTASSA	69

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 05/18/2026

VEMLIDY	8	VYXEOS.....	42	Z	
VENCLEXTA.....	41	W		<i>zafemy</i>	64
VENCLEXTA STARTING		<i>warfarin</i>	20	<i>zafirlukast</i>	90
PACK	41	<i>water for irrigation, sterile</i> ...	69	<i>zaleplon</i>	57
<i>venlafaxine</i>	57	WELIREG	42	ZALTRAP	42
<i>verapamil</i>	18	<i>wera (28)</i>	63	ZEJULA	42
VERQUVO	13	<i>wescap-pn dha</i>	94	ZELBORAF	42
VERSACLOZ	57	WINREVAIR.....	90	<i>zenatane</i>	75
VERZENIO	41	<i>wixela inhub</i>	90	ZENPEP	23
<i>vestura (28)</i>	63	WYOST	28	ZEPOSIA.....	60
VIBATIV	5	X		ZEPOSIA STARTER KIT (28-	
VIBERZI.....	23	XALKORI.....	42	DAY).....	60
<i>vienna</i>	63	XARELTO	20	ZEPOSIA STARTER PACK	
<i>vigabatrin</i>	50	XARELTO DVT-PE TREAT		(7-DAY)	60
<i>vigadrone</i>	50	30D START	20	ZEPZELCA	42
<i>vilazodone</i>	57	XCOPRI	50	<i>zidovudine</i>	8
VIMIZIM	78	XCOPRI MAINTENANCE		ZIIHERA	43
VIMKUNYA.....	27	PACK	50	<i>ziprasidone hcl</i>	57
<i>vinblastine</i>	41	XCOPRI TITRATION PACK		<i>ziprasidone mesylate</i>	57
<i>vincristine</i>	41	.....	50	ZIRABEV	43
<i>vinorelbine</i>	41	XDEMVI	67	ZIRGAN	65
<i>viorele (28)</i>	63	XELJANZ	84	ZOLADEX	43
VIRACEPT	8	XELJANZ XR.....	84	<i>zoledronic acid</i>	78
VIREAD.....	8	XEMBIFY	27	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	
VITRAKVI.....	41	XERMELO.....	42	.....	69
VIVITROL	46	XIAFLEX.....	69	ZOLINZA.....	43
VIVOTIF	27	XIFAXAN	5	<i>zolpidem</i>	57
VIZIMPRO.....	41	XIGDUO XR.....	82	ZONISADE	50
VONJO.....	42	XIIDRA	67	<i>zonisamide</i>	50
VORANIGO.....	42	XOFLUZA	8	<i>zovia 1-35 (28)</i>	63
<i>voriconazole</i>	2	XOLAIR.....	90	ZTALMY	50
<i>voriconazole-hpbc</i> d	2	XOSPATA.....	42	<i>zumandimine (28)</i>	63
VOSEVI	8	XPOVIO.....	42	ZURZUVAE.....	57
VOWST.....	23	XTANDI.....	42	ZYDELIG.....	43
VRAYLAR.....	57	<i>xulane</i>	64	ZYKADIA.....	43
VUMERITY.....	60	Y		ZYMFENTRA.....	23
VYLOY	42	YERVOY	42	ZYNLONTA	43
VYNDAMAX	13	YESINTEK	71, 72	ZYNYZ.....	43
VYNDAQEL.....	13	YF-VAX (PF).....	27	ZYPREXA RELPREVV	57
VYVGART	58	YONDELIS	42		
VYVGART HYTRULO	58	<i>yuvafem</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 05/18/2026

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: "الهاتف النصي للصم وضعاف السمع" 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 डिसएबिलिटी 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 òfè ní èdè rẹ pèlú àwọn ògbifò àti àwọn ohun èlò mírán tí a kọ sílẹ̀. Gba àwọn irànlówó àti àtiléyìn òfè 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 بڼو (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 మెటీరియల్స్ తో మీ భాషలో ఉచిత సహాయాన్ని పొందండి. ఒకవేళ మీకు వైకల్యం ఉంటే, ఉచిత ఉపకరణాలు మరియు మద్దతు పొందండి. కాల్ చేయండి: **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 లేదా 711)**.

दोभाषे र अन्य लिखित सामग्रीहरूको माध्यमद्वारा आफ्नो भाषामा निःशुल्क मद्दत प्राप्त गर्नुहोस्। तपाईंलाई अशक्तता छ भने निःशुल्क सहायता र समर्थन प्राप्त गर्नुहोस्। **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 वा 711)** मा कल गर्नुहोस्।

သင့်ဘာသာစကားအတွက် စကားပြန်များနှင့် အခြားပုံနှိပ်စာရွက်များကို အခမဲ့အကူအညီရယူပါ။ သင်သည် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက အခမဲ့အကူအညီများနှင့် အထောက်အပံ့များ ရယူပါ။ ဖုန်းခေါ်ရန် - **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 သို့မဟုတ် 711)**။

Jwenn èd gratis nan lang ou ak entèprèt ansanm ak lòt materyèl ekri. Jwenn èd ak sipò gratis si w gen yon andikap. Rele **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 oubyen 711)**.

Bök jibañ ilo an ejjelok wōnāān ikkijjien kajin eo am ibbān rukok ro im wāween ko jet ilo jeje. Bök jeralin jibañ ko ilo an ejjelok wōnāer im jibañ ko ñe ewōr am nañinmejnin 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 06/01/2026. 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**.