CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

2027

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos o Formulario)

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

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 10/01/2026. 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: 00027125, n.º de versión: 8
Actualizado el 10/15/2026

CareSource®

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida 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 iii

B. Preguntas frecuentes (FAQ) iii

B1. ¿Qué medicamentos figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, llamamos *Lista de medicamentos* a la *Lista de medicamentos cubiertos*). iv

B2. ¿La *Lista de medicamentos* cambia alguna vez? iv

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

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción obligatoria a tomar para obtener determinados medicamentos? vii

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay acciones necesarias a realizar para obtenerlo? viii

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)? viii

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

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

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? ix

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para la cobertura de mi medicamento? x

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? xi

B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción? xi

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? xi

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

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

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

B17. ¿CareSource MyCare Ohio cubre suministros a largo plazo de medicamentos con receta? xii

B18. ¿Puedo hacer que me envíen los medicamentos con receta a mi domicilio desde mi farmacia local? xii

B19. ¿Cuál es mi copago? xiii

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos* xiii

C1. Lista de medicamentos por afección médica xiii

D. Índice de medicamentos cubiertos 93

A. Exenciones de responsabilidad

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

- CareSource es un HMO D-SNP con un contrato con Medicare y con Medicaid del estado. La inscripción en CareSource depende de la renovación del contrato.
- Siempre puede consultar en línea la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de CareSource MyCare Ohio en **CareSource.com/MyCare-SNP** o llamando a Servicios para Afiliados a los números que figuran en el pie de página de este documento. 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 a los números que figuran en el pie de página de este documento. 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), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo atendemos en el mismo horario, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- También puede obtener este documento, tanto ahora como en el futuro, de forma gratuita en otros idiomas o formatos, por ejemplo, impreso en letra grande o en audio. Solo tiene que hacer la solicitud 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), y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo atendemos en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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*? (Para abreviar, llamamos *Lista de medicamentos* a la *Lista de medicamentos cubiertos*).

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 tenemos un acuerdo con ella para trabajar juntos y brindarle servicios a usted. 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 en la Lista de medicamentos si:
    - su médico u otro profesional que receta medicamentos le dice que los necesita para mejorar o mantenerse 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, es necesario hacer algo antes de poder conseguir un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

Puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP** o llamando a Servicios para Afiliados a los números que figuran en el pie de página de este documento.

B2. ¿La *Lista de medicamentos* cambia alguna vez?

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 si se requiere o no autorización previa para un medicamento. (Una autorización previa es un permiso que otorga CareSource MyCare Ohio antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamados límites de cantidad).

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

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

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

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

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

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada de CareSource MyCare Ohio en línea en **CareSource.com/MyCare-SNP**. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que figuran en el pie de página de este documento para verificar 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 producirán de **inmediato**. Por ejemplo, en los siguientes casos:

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones 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 antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.

- Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
  - 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).
  - Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Consulte la **sección B14** para obtener más información.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir 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 retiren del mercado.** A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse 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 después de que realicemos el cambio. Comuníquese con el médico que le prescribió la receta si recibe una notificación.

Podemos realizar otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) proporciona nuevos lineamientos o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;
- eliminamos un medicamento de marca de la Lista de medicamentos cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar uno biosimilar, o
- cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio a la *Lista de medicamentos* **o**

- 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 otro profesional 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 se debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción obligatoria a tomar para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otro profesional que le receta el medicamento deben hacer algo antes de que pueda obtenerlo. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que receta deben obtener autorización de CareSource MyCare Ohio antes de surtir su receta. La autorización previa es diferente a una derivación. Es posible que CareSource MyCare Ohio no cubra el medicamento si usted no obtiene la autorización previa.
- **Límites de cantidad:** a veces, CareSource MyCare Ohio limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia escalonada:** a veces, CareSource MyCare Ohio exige que usted siga una terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar medicamentos para su afección médica en un orden determinado. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si el profesional que receta considera que el primer medicamento no produce el efecto esperado, entonces cubriremos el segundo.

Para averiguar si su medicamento tiene requerimientos o limitaciones adicionales, consulte las tablas de la **página 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.

Usted puede pedir que se haga una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional 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 quiero tiene límites o si hay acciones necesarias a realizar para obtenerlo?

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

B6. ¿Qué sucede si 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 anticipación si incorporamos una restricción o si modificamos una existente respecto de las autorizaciones previas, los límites de cantidad o las terapias escalonadas de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y sobre las situaciones en las que quizá no podamos informarle con anticipación cuando haya cambios en nuestras reglas respecto de los medicamentos contemplados en la *Lista de medicamentos*.

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

Hay 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”. Puede encontrarlo en la sección del índice al final del documento. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*. En el índice se mencionan los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos.

Para buscar por afección médica, busque en la **página xii** llamada “Lista de medicamentos por afección médica”. Los medicamentos de esta sección están agrupados por categorías, según qué tipo de afecciones médicas tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

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 a los números que figuran en el pie de página de este documento y pregunte al respecto. Si se entera de que CareSource MyCare Ohio no cubre un medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pídale a Servicios para Afiliados *o* a su coordinador de la atención una lista de medicamentos similar al que desea tomar. Luego, muéstrele la lista a su médico o a otro profesional que receta. Pueden recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea similar al que usted desea tomar; **o**
- Pídale 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 otro profesional 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 en los siguientes casos:

- 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 el profesional que receta; **o**
- el medicamento requiere autorización previa de CareSource MyCare Ohio; **o**
- está tomando un medicamento que es parte de una restricción de la terapia escalonada.

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 con receta 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.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para la cobertura de mi 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 solicitarnos que cambiemos las reglas sobre su medicamento.

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a *Servicios para Afiliados*. Un representante de Servicio para Afiliados trabajará con usted y el profesional que receta para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?

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

Si usted o el profesional que receta creen que su salud puede verse perjudicada si tiene que esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si su médico respalda su solicitud, le daremos una decisión dentro de las 24 horas de recibir la declaración de respaldo del profesional que receta.

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 Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para varios medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin una nueva receta, según las leyes estatales.

CareSource MyCare Ohio cubre tanto medicamentos de marca como genéricos.

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

Cuando nos referimos a medicamentos, podríamos referirnos a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas llamadas

biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares a algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden reemplazarse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden reemplazarse por los 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 de venta libre (OTC)?

OTC significa “over-the-counter” en inglés (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 consultar la Lista de medicamentos cubiertos de Medicaid de CareSource MyCare Ohio para ver qué productos OTC que no son medicamentos están cubiertos.

B17. ¿CareSource MyCare Ohio cubre suministros a largo plazo de medicamentos con receta?

- **Programas de pedido por correo**. Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro de hasta 102 días de sus medicamentos, que se envían directamente a su hogar.
- **Programas de farmacias de venta minorista para suministros de 102 días**. Algunas farmacias minoristas también ofrecen un suministro de hasta 102 días de medicamentos cubiertos.

B18. ¿Puedo hacer que me envíen los medicamentos con receta a mi domicilio desde mi farmacia local?

Es posible que su farmacia local pueda enviarle el medicamento recetado a su domicilio. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen envío 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 medicamentos de venta libre y productos que no son medicamentos.

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

- Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en un solo nivel (Nivel 1).

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio para Afiliados a los números que figuran en el pie de página de este documento.

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 91**. El índice menciona alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por CareSource MyCare Ohio.

C1. Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados por categorías, según qué tipo de afecciones médicas tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

A continuación, se detallan los significados de los códigos utilizados en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:

B/D PA: este medicamento con receta podría tener cobertura de la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias. Se 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, llame a Servicios para Afiliados.

MO: medicamento de pedido por correo. Este medicamento con receta 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 minoristas 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.

V: esta vacuna se proporciona a los adultos sin costo cuando se usa de acuerdo con las recomendaciones del Comité Consultivo sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC).

En la primera columna de la tabla se muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos figuran en letra cursiva minúscula (por ejemplo, *lisinopril*) y los medicamentos de marca figuran 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.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
amphotericin b	1	B/D PA
amphotericin b liposome	1	B/D PA; NDS
caspofungin	1	
clotrimazole mucous membrane	1	MO
CRESEMBA ORAL	1	PA; NDS
fluconazole	1	MO
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml	1	PA; MO
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml	1	PA
flucytosine	1	MO; NDS
griseofulvin microsize	1	MO
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	1	MO
itraconazole oral capsule	1	MO; QL (120 por 30 días)
itraconazole oral solution	1	MO
ketoconazole oral	1	MO
micafungin	1	MO
nystatin oral suspension	1	MO
nystatin oral tablet	1	MO
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec)	1	PA; MO; QL (96 por 30 días); NDS
terbinafine hcl oral	1	MO
voriconazole intravenous recon soln	1	PA; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution	1	PA; MO; NDS
voriconazole oral tablet	1	PA; MO
voriconazole-hpbcd	1	PA; NDS
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
fosfomycin tromethamine	1	MO
methenamine hippurate	1	MO
methenamine mandelate oral tablet	1	MO
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	1	MO
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	1	MO
trimethoprim	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
albendazole	1	MO
amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml	1	MO
ARIKAYCE	1	PA; LA; NDS
atovaquone	1	MO
atovaquone-proguanil	1	MO
aztreonam	1	MO
CAYSTON	1	PA; MO; LA; QL (84 por 56 días); NDS
chloroquine phosphate	1	MO
clindamycin hcl	1	MO
clindamycin in 5 % dextrose	1	MO
clindamycin phosphate injection	1	MO
COARTEM	1	MO
colistin (colistimethate na)	1	MO; QL (30 por 10 días); NDS
dapsone oral	1	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	1	MO; NDS
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	1	MO; NDS
EMVERM	1	MO; NDS
ertapenem	1	MO; QL (14 por 14 días)
ethambutol	1	MO
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	1	MO
gentamicin injection	1	MO
gentamicin sulfate (ped) (pf)	1	
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	1	MO
imipenem-cilastatin	1	MO
IMPAVIDO	1	PA; MO; NDS
isoniazid injection	1	
isoniazid oral	1	MO
ivermectin oral tablet 3 mg	1	PA; QL (20 por 30 días)
ivermectin oral tablet 6 mg	1	PA; QL (8 por 30 días)
lincomycin	1	
linezolid	1	MO
linezolid in dextrose 5%	1	MO
mefloquine	1	MO
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	1	QL (30 por 10 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

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

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TOBI PODHALER	1	MO; QL (224 por 56 días); NDS
tobramycin in 0.225 % nacl	1	PA; MO; QL (280 por 28 días); NDS
tobramycin inhalation	1	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
tobramycin sulfate injection recon soln	1	QL (9 por 14 días)
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml	1	
tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml	1	MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	1	QL (4000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	1	QL (1000 por 10 días)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	1	QL (4050 por 10 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg	1	QL (20 por 10 días)
vancomycin intravenous recon soln 10 gram	1	QL (2 por 10 días)
vancomycin intravenous recon soln 5 gram	1	QL (4 por 10 días)
vancomycin intravenous recon soln 500 mg	1	MO; QL (10 por 10 días)
vancomycin intravenous recon soln 750 mg	1	QL (27 por 10 días)
vancomycin oral capsule 125 mg	1	PA; MO; QL (40 por 10 días)
vancomycin oral capsule 250 mg	1	PA; MO; QL (80 por 10 días)
VIBATIV INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	1	NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 por 30 días)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ANTIVÍRICOS		
abacavir	1	MO
abacavir-lamivudine	1	MO
acyclovir oral capsule	1	MO
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	1	MO
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (5 ml)	1	
acyclovir oral tablet	1	MO
acyclovir sodium intravenous solution	1	B/D PA; MO
adefovir	1	MO
amantadine hcl	1	MO
APTIVUS	1	MO; NDS
atazanavir	1	MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION	1	MO; NDS
BIKTARVY	1	MO; NDS
BIXLENVO	1	NDS
CABENUVA	1	MO; NDS
cidofovir	1	NDS
CIMDUO	1	MO; NDS
darunavir oral tablet 600 mg	1	MO
darunavir oral tablet 800 mg	1	MO; NDS
DELSTRIGO	1	MO; NDS
DESCOVY	1	MO; NDS
DOVATO	1	MO; NDS
EDURANT PED	1	MO; NDS
efavirenz oral tablet	1	MO
efavirenz-emtricitabin-tenofov	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
efavirenz-lamivu-tenofov disop	1	MO; NDS
emtricitabine	1	MO
emtricitabine-tenofovir (tdf)	1	MO
emtricita-rilpivirine-tenof df	1	MO; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION	1	MO
entecavir	1	MO
etravirine	1	MO
EVOTAZ	1	MO; NDS
famciclovir	1	MO
fosamprenavir	1	MO
ganciclovir sodium intravenous recon soln	1	B/D PA; MO
ganciclovir sodium intravenous solution	1	B/D PA
GENVOYA	1	MO; NDS
IDVYNSO	1	MO; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	MO
ISENTRESS HD	1	MO; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	1	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET	1	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	MO
JULUCA	1	MO; NDS
lamivudine	1	MO
lamivudine-zidovudine	1	MO
LIVTENCITY	1	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
lopinavir-ritonavir oral tablet	1	MO
maraviroc	1	MO; NDS
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (168 por 28 días); NDS
MAVYRET ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
nevirapine	1	MO
ODEFSEY	1	MO; NDS
oseltamivir	1	MO
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	1	QL (20 por 30 días)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)-100 MG (5)	1	QL (11 por 30 días)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PIFELTRO	1	MO; NDS
PREVYMIS INTRAVENOUS	1	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 480 MG	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
PREZCOBIX	1	MO; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION	1	MO; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	MO
RELENZA DISKHALER	1	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	1	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	1	MO; NDS
ribavirin oral capsule	1	MO
ribavirin oral tablet 200 mg	1	MO
rilpivirine hcl	1	MO; NDS
rimantadine	1	MO
ritonavir	1	MO
RUKOBIA	1	MO; NDS
STRIBILD	1	MO; NDS
SUNLENCA	1	NDS
SYMTUZA	1	MO; NDS
tenofovir disoproxil fumarate	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	1	MO; NDS
TIVICAY PD	1	MO; NDS
TRIUMEQ	1	MO; NDS
TRIUMEQ PD	1	MO
TROGARZO	1	MO; LA; NDS
valacyclovir oral tablet 1 gram	1	MO; QL (120 por 30 días)
valacyclovir oral tablet 500 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
valganciclovir oral recon soln	1	MO; NDS
valganciclovir oral tablet	1	MO
VEMLIDY	1	MO; NDS
VIRACEPT ORAL TABLET	1	MO; NDS
VIREAD ORAL POWDER	1	MO; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	MO
VOSEVI	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	MO
zidovudine	1	MO
CEFALOSPORINAS		
cefaclor oral capsule	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	1	
cefadroxil oral capsule	1	MO
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	1	MO
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	1	MO
cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg	1	MO
cefazolin injection recon soln 100 gram, 300 gram	1	
cefazolin intravenous recon soln 10 gram	1	
cefdinir	1	MO
cefepime in dextrose,iso-osm	1	
cefepime injection	1	MO
cefixime oral capsule	1	MO
cefoxitin in dextrose, iso-osm	1	
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	1	MO
cefoxitin intravenous recon soln 10 gram	1	
cefpodoxime	1	MO
cefprozil	1	MO
ceftaroline fosamil	1	NDS
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram	1	MO
ceftazidime injection recon soln 6 gram	1	
ceftriaxone in dextrose,iso-os	1	MO
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	1	MO
ceftriaxone injection recon soln 10 gram	1	
ceftriaxone intravenous recon soln 2 gram	1	MO
cefuroxime axetil oral tablet	1	MO
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	1	MO
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	1	MO
cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram	1	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
cephalexin oral suspension for reconstitution	1	MO
tazicef injection	1	MO
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
azithromycin intravenous	1	MO
azithromycin oral suspension for reconstitution	1	MO
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)	1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg	1	MO
clarithromycin	1	MO
ery-tab oral tablet,delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg	1	MO
erythromycin ethylsuccinate oral tablet	1	
erythromycin oral tablet	1	MO
erythromycin oral tablet,delayed release (dr/ec)	1	MO
fidaxomicin	1	QL (20 por 10 días); NDS
PENICILINAS		
amoxicillin oral capsule	1	MO
amoxicillin oral suspension for reconstitution	1	MO
amoxicillin oral tablet	1	MO
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	1	MO
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution	1	MO
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet	1	MO
ampicillin oral capsule 500 mg	1	MO
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	1	MO
ampicillin sodium intravenous	1	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram	1	MO
ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram	1	
ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	1	MO
BICILLIN L-A	1	
dicloxacillin	1	MO
nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml	1	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram	1	MO
nafcillin injection recon soln 10 gram	1	NDS
oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml	1	
oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram	1	
oxacillin injection recon soln 2 gram	1	MO
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	1	
penicillin g potassium	1	MO
penicillin g sodium	1	MO
penicillin v potassium	1	MO
pfizerpen-g	1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram	1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram	1	MO
QUINOLONAS		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	MO
ciprofloxacin in 5 % dextrose	1	MO
ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 500 mg/5 ml	1	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml	1	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
levofloxacin oral	1	MO
moxifloxacin oral	1	MO
moxifloxacin-sod.chloride(iso)	1	MO
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
sulfadiazine	1	MO
sulfamethoxazole-trimethoprim	1	MO
TETRACICLINAS		
demeclocycline	1	MO
doxy-100	1	MO
doxycycline hyclate intravenous	1	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	1	MO
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	1	MO
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	1	MO
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution	1	MO
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	1	MO
minocycline oral capsule	1	MO
minocycline oral tablet	1	MO
mondoxyne nl oral capsule 100 mg	1	
tetracycline oral capsule	1	MO
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
adenosine	1	
amiodarone intravenous solution	1	
amiodarone oral	1	MO
dofetilide	1	MO
flecainide	1	MO
ibutilide fumarate	1	
lidocaine (pf) intravenous	1	
lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)	1	
mexiletine	1	MO
MULTAQ	1	MO
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg	1	
procainamide injection	1	
propafenone	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
quinidine sulfate oral tablet	1	MO
sotalol af	1	
sotalol oral	1	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CAMZYOS	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
digoxin oral solution	1	MO
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	1	MO
dobutamine	1	B/D PA
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)	1	B/D PA
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)	1	B/D PA
dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)	1	B/D PA; MO
dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	1	B/D PA
dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)	1	B/D PA; MO
ENTRESTO SPRINKLE	1	QL (240 por 30 días)
FILSPARI	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ivabradine	1	MO; QL (60 por 30 días)
milrinone	1	B/D PA
milrinone in 5 % dextrose	1	B/D PA
norepinephrine bitartrate	1	
ranolazine	1	MO
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	1	MO; QL (180 por 30 días)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
VERQUVO	1	MO; QL (30 por 30 días)
VYNDAMAX	1	PA; MO; NDS
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL		
amlodipine-atorvastatin	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
atorvastatin	1	MO; QL (30 por 30 días)
cholestyramine (with sugar)	1	MO
cholestyramine light	1	MO
colesevelam	1	MO
colestipol oral granules	1	MO
colestipol oral packet	1	
colestipol oral tablet	1	MO
ezetimibe	1	MO
ezetimibe-simvastatin	1	MO; QL (30 por 30 días)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	1	MO
fenofibrate nanocrystallized	1	MO
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	1	MO
fenofibric acid	1	
fenofibric acid (choline)	1	MO
fluvastatin oral capsule 20 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
fluvastatin oral capsule 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
gemfibrozil	1	MO
icosapent ethyl	1	MO
lovastatin oral tablet 10 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
NEXLETOL	1	PA; MO
NEXLIZET	1	PA; MO
niacin oral tablet extended release 24 hr	1	MO
omega-3 acid ethyl esters	1	MO
pitavastatin calcium	1	MO; QL (30 por 30 días)
pravastatin	1	MO; QL (30 por 30 días)
REPATHA	1	PA; QL (6 por 28 días)
REPATHA SURECLICK	1	PA; QL (6 por 28 días)
rosuvastatin	1	MO; QL (30 por 30 días)
simvastatin	1	MO; QL (30 por 30 días)
NITRATOS		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	1	MO
isosorbide mononitrate	1	MO
nitro-bid	1	MO
nitroglycerin sublingual	1	MO
nitroglycerin transdermal ointment	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
nitroglycerin transdermal patch 24 hour	1	MO
nitroglycerin translingual	1	MO
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
acebutolol	1	MO
aliskiren	1	MO
amiloride	1	MO
amiloride-hydrochlorothiazide	1	MO
amlodipine	1	MO
amlodipine-benazepril	1	MO
amlodipine-olmesartan	1	MO
amlodipine-valsartan	1	MO
amlodipine-valsartan-hcthiazid	1	MO
atenolol	1	MO
atenolol-chlorthalidone	1	MO
azilsartan medoxomil	1	MO
benazepril	1	MO
benazepril-hydrochlorothiazide	1	MO
betaxolol oral	1	MO
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	MO
bisoprolol-hydrochlorothiazide	1	MO
bumetanide injection	1	
bumetanide oral	1	MO
candesartan	1	MO
candesartan-hydrochlorothiazid	1	MO
captopril	1	MO
captopril-hydrochlorothiazide	1	
cartia xt	1	MO
carvedilol	1	MO
chlorothiazide sodium	1	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	MO
clonidine transdermal patch	1	MO; QL (4 por 28 días)
clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)	1	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	MO
diltiazem hcl intravenous solution	1	
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable	1	MO
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg	1	MO
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr	1	MO
diltiazem hcl oral tablet	1	MO
dilt-xr	1	MO
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
doxazosin oral tablet 8 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
EDARBYCLOR	1	MO
enalapril maleate oral tablet	1	MO
enalaprilat intravenous solution	1	
enalapril-hydrochlorothiazide	1	MO
eplerenone	1	MO
esmolol intravenous solution	1	
ethacrynate sodium	1	NDS
felodipine	1	MO
fosinopril	1	MO
fosinopril-hydrochlorothiazide	1	MO
furosemide injection	1	
furosemide oral	1	MO
hydralazine injection	1	
hydralazine oral	1	MO
hydrochlorothiazide	1	MO
indapamide	1	MO
irbesartan	1	MO
irbesartan-hydrochlorothiazide	1	MO
isosorbide-hydralazine	1	MO; QL (180 por 30 días)
isradipine	1	
KERENDIA	1	PA; QL (30 por 30 días)
labetalol intravenous solution	1	
labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)	1	
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	MO
lisinopril	1	MO
lisinopril-hydrochlorothiazide	1	MO
losartan	1	MO
losartan-hydrochlorothiazide	1	MO
mannitol 20 %	1	
mannitol 25 % intravenous solution	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
metolazone	1	MO
metoprolol succinate	1	MO
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	1	MO
metoprolol tartrate intravenous	1	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	MO
metyrosine	1	PA; MO; NDS
minoxidil oral	1	MO
moexipril	1	MO
nadolol	1	MO
nebivolol	1	MO
nicardipine intravenous solution	1	
nicardipine oral	1	MO
nifedipine oral tablet extended release	1	MO
nifedipine oral tablet extended release 24hr	1	MO
nimodipine oral capsule	1	MO
olmesartan	1	MO
olmesartan-amlodipin-hcthiazid	1	MO
olmesartan-hydrochlorothiazide	1	MO
osmitrol 20 %	1	
perindopril erbumine	1	MO
phentolamine	1	
pindolol	1	MO
prazosin	1	MO
propranolol intravenous	1	
propranolol oral	1	MO
quinapril	1	MO
quinapril-hydrochlorothiazide	1	MO
ramipril	1	MO
spironolactone oral tablet	1	MO
spironolacton-hydrochlorothiaz	1	MO
telmisartan	1	MO
telmisartan-amlodipine	1	
telmisartan-hydrochlorothiazid	1	MO
terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
terazosin oral capsule 10 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
tiadylt er	1	MO
timolol maleate oral tablet 10 mg	1	
timolol maleate oral tablet 20 mg, 5 mg	1	MO
torsemide oral	1	MO
trandolapril	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
treprostinil sodium	1	PA; MO; LA; NDS
triamterene-hydrochlorothiazid	1	MO
UPTRAVI ORAL TABLET	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; MO; LA; QL (200 por 180 días); NDS
valsartan oral tablet	1	MO
valsartan-hydrochlorothiazide	1	MO
veletri	1	B/D PA; MO
verapamil intravenous solution	1	
verapamil oral	1	MO
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
aminocaproic acid intravenous	1	MO
aminocaproic acid oral	1	MO; NDS
aspirin-dipyridamole	1	MO
CABLIVI INJECTION KIT	1	PA; LA; NDS
CEPROTIN (BLUE BAR)	1	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	1	PA; MO
cilostazol	1	MO
clopidogrel oral tablet 300 mg	1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
dabigatran etexilate	1	MO; QL (60 por 30 días)
dipyridamole intravenous	1	
dipyridamole oral	1	MO
DOPTELET (10 TAB PACK)	1	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET (15 TAB PACK)	1	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET (30 TAB PACK)	1	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET SPRINKLE	1	PA; MO; LA; NDS
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (74 por 180 días)
ELIQUIS ORAL TABLET	1	MO; QL (60 por 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG	1	MO; QL (140 por 28 días)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1.5 MG (0.5 MG X 3)	1	MO; QL (420 por 28 días)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG (0.5 MG X 4)	1	MO; QL (560 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ELIQUIS SPRINKLE	1	QL (70 por 28 días)
eltrombopag olamine	1	PA; MO; NDS
enoxaparin subcutaneous solution	1	MO; QL (60 por 30 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml	1	MO; QL (56 por 28 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	1	MO; QL (44.8 por 28 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml	1	MO; QL (16.8 por 28 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml	1	MO; QL (22.4 por 28 días)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml	1	MO; QL (33.6 por 28 días)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	1	MO; NDS
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	1	MO
heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)	1	
heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)	1	MO
heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml	1	MO
heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml	1	
heparin (porcine) injection solution	1	MO
heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml	1	
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	1	
heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml	1	
heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml	1	MO
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE	1	MO
jantoven	1	
pentoxifylline	1	MO
prasugrel hcl	1	MO
protamine	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution	1	MO; QL (775 por 28 días)
rivaroxaban oral tablet	1	MO; QL (60 por 30 días)
ticagrelor	1	MO
warfarin	1	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	1	MO; QL (51 por 180 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
GASTROENTEROLOGÍA		
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
alosetron oral tablet 0.5 mg	1	PA; MO
alosetron oral tablet 1 mg	1	PA; MO; NDS
aprepitant	1	B/D PA; MO
balsalazide	1	MO
betaine	1	MO; NDS
budesonide oral capsule,delayed,extend.release	1	MO
budesonide oral tablet,delayed and ext.release	1	MO; NDS
CIMZIA POWDER FOR RECONST	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
CIMZIA STARTER KIT	1	PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	PA; QL (4 por 28 días); NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
CINVANTI	1	MO
compro	1	MO
constulose	1	MO
CREON	1	MO
cromolyn oral	1	MO
dimenhydrinate injection solution	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
dronabinol oral capsule	1	PA; MO
droperidol injection solution	1	
ENTYVIO	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
ENTYVIO PEN	1	PA; MO; QL (1.36 por 28 días); NDS
enulose	1	MO
fosaprepitant	1	MO
GATTEX 30-VIAL	1	PA; MO; NDS
GATTEX ONE-VIAL	1	PA; MO; NDS
gavilyte-c	1	MO
gavilyte-g	1	MO
gavilyte-n	1	MO
generlac	1	MO
granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)	1	MO
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml	1	MO
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)	1	
granisetron hcl oral	1	B/D PA; MO
hydrocortisone rectal	1	MO
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %	1	MO
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	1	
INFLIXIMAB	1	PA; QL (20 por 28 días); NDS
lactulose oral solution	1	MO
LINZESS	1	MO; QL (30 por 30 días)
LIVDELZI	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
lubiprostone oral capsule 24 mcg	1	MO; QL (60 por 30 días)
lubiprostone oral capsule 8 mcg	1	MO; QL (180 por 30 días)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1	MO
mesalamine	1	MO
mesalamine with cleansing wipe	1	MO
metoclopramide hcl injection	1	
metoclopramide hcl oral solution	1	MO
metoclopramide hcl oral tablet	1	MO
nitroglycerin rectal	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ondansetron hcl (pf) injection solution	1	MO
ondansetron hcl (pf) injection syringe	1	
ondansetron hcl intravenous	1	MO
ondansetron hcl oral solution	1	B/D PA; MO
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	1	B/D PA; MO
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	1	B/D PA; MO
palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml	1	MO
palonosetron intravenous syringe	1	
peg 3350-electrolytes	1	
peg-electrolyte	1	MO
prochlorperazine	1	MO
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	1	MO
prochlorperazine maleate oral	1	MO
procto-med hc	1	MO
proctosol hc topical	1	MO
proctozone-hc	1	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	1	ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	1	ST; MO; QL (12 por 30 días); NDS
REMICADE	1	PA; MO; QL (20 por 28 días); NDS
scopolamine base	1	MO
SKYRIZI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (60 por 180 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	1	PA; MO; QL (1.2 por 56 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; MO; QL (2.4 por 56 días); NDS
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	1	MO
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	1	
SUCRAID	1	PA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
sulfasalazine	1	MO
SYMPROIC	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRULANCE	1	QL (30 por 30 días)
ursodiol oral capsule 300 mg	1	MO
ursodiol oral tablet	1	MO
VARUBI	1	B/D PA
VIBERZI	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
VOWST	1	PA; LA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT, 60,000-189,600-252,600 UNIT	1	MO
ZYMFENTRA	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
dicyclomine intramuscular	1	MO
dicyclomine oral capsule	1	MO
dicyclomine oral solution	1	MO
dicyclomine oral tablet 20 mg	1	MO
diphenoxylate-atropine oral tablet	1	MO
glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)	1	
glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)	1	MO
glycopyrrolate injection	1	MO
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	1	MO
loperamide oral capsule	1	MO
opium tincture	1	
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
bismuth subcit k-metronidz-tcn	1	MO; QL (120 por 180 días)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
esomeprazole sodium	1	MO
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml	1	MO
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	1	MO
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	1	MO
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	MO
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
misoprostol	1	MO
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
pantoprazole intravenous	1	MO
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
sucralfate	1	MO
VOQUEZNA DUAL PAK	1	MO; QL (112 por 180 días)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	1	MO; QL (112 por 180 días)
IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	1	PA; MO; NDS
ARCALYST	1	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
BESREMI	1	PA; LA; NDS
BESREMI PEN	1	PA; LA; NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	1	PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS
FULPHILA	1	PA; MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ILARIS (PF)	1	PA; MO; LA; QL (2 por 28 días); NDS
LEUKINE INJECTION RECON SOLN	1	PA; MO; NDS
NIVESTYM	1	PA; MO; NDS
NYVEPRIA	1	PA; MO; NDS
OMNITROPE	1	PA; MO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	MO; QL (4 por 28 días); NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	MO; QL (2 por 28 días); NDS
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 180 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (1 por 180 días); NDS
plerixafor	1	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	1	PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS	1	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	1	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; MO; NDS
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ABRYSVO (PF)	1	V
ACTHIB (PF)	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	1	V

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AREXVY (PF)	1	V
BCG VACCINE, LIVE (PF)	1	V
BEXSERO	1	V
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	V
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	1	
ENGERIX-B (PF)	1	B/D PA; V
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	1	B/D PA; V
fomepizole	1	
GAMASTAN	1	MO
GAMUNEX-C	1	PA; MO; NDS
GARDASIL 9 (PF)	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HEPLISAV-B (PF)	1	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	1	
HYPERHEP B	1	
HYPERHEP B NEONATAL	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	1	B/D PA; V
INFANRIX (DTAP) (PF)	1	
IPOL	1	V
IXIARO (PF)	1	V
JYNNEOS (PF)	1	B/D PA; V
KINRIX (PF)	1	
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)	1	
PEDVAX HIB (PF)	1	
PENBRAYA (PF)	1	V
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	1	V
PENTACEL (PF)	1	
PRIORIX (PF)	1	V
PROQUAD (PF)	1	
QUADRACEL (PF)	1	
RABAVERT (PF)	1	B/D PA; V
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA; V
ROTARIX	1	
ROTATEQ VACCINE	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	QL (2 por 720 días); V

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL (1 por 720 días); V
TENIVAC (PF)	1	V
TICE BCG	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	1	V
TRUMENBA	1	V
TWINRIX (PF)	1	V
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	V
VARIVAX (PF)	1	V
VARIZIG	1	
VAXCHORA VACCINE	1	V
VIMKUNYA (PF)	1	V
VIVOTIF	1	MO; V
XEMBIFY	1	B/D PA; MO; LA; NDS
YF-VAX (PF)	1	V
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNO DEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
BOMYNTRA	1	PA; MO; NDS
dexrazoxane hcl	1	MO; NDS
ELITEK	1	MO; NDS
KHAPZORY	1	NDS
leucovorin calcium oral	1	MO
levoleucovorin calcium intravenous solution	1	NDS
mesna intravenous	1	MO
mesna oral	1	MO; NDS
WYOST	1	PA; MO; NDS
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES		
abiraterone oral tablet 250 mg	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
abiraterone oral tablet 500 mg	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
abirtega	1	PA; QL (120 por 30 días)
ADCETRIS	1	MO; NDS
ADSTILADRIN	1	PA; NDS
AKEEGA	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
ALECENSA	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	1	PA; QL (30 por 180 días); NDS
anastrozole	1	MO
ANKTIVA	1	PA; MO; NDS
arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml	1	NDS
arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml	1	MO; NDS
ASPARLAS	1	PA; NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA; QL (240 por 30 días); NDS
AVMAPKI-FAKZYNJA	1	PA; QL (66 por 28 días); NDS
AYVAKIT	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
azacitidine	1	MO; NDS
azathioprine oral tablet 50 mg	1	B/D PA; MO
azathioprine sodium	1	B/D PA
BALVERSA	1	PA; LA; NDS
BAVENCIO	1	LA; NDS
BEIZRAY-ALBUMIN	1	NDS
BELEODAQ	1	NDS
bendamustine intravenous recon soln	1	MO; NDS
BENDEKA	1	MO; NDS
BESPONSA	1	MO; LA; NDS
bexarotene	1	PA; MO; NDS
bicalutamide	1	MO
BIZENGRI	1	PA; NDS
BLENREP	1	PA; NDS
bleomycin	1	B/D PA; MO
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	1	B/D PA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	1	NDS
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	1	MO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (330 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
bosutinib oral tablet 100 mg	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
BRAFTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
BRUKINSA ORAL TABLET	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
busulfan	1	NDS
CABOMETYX	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
carboplatin intravenous solution	1	MO
carmustine intravenous recon soln 100 mg	1	MO; NDS
cisplatin intravenous solution	1	MO
cladribine	1	B/D PA; MO; NDS
clofarabine	1	NDS
COLUMVI	1	PA; MO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
COPIKTRA	1	PA; LA; QL (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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
COTELLIC	1	PA; MO; LA; QL (63 por 28 días); NDS
cyclophosphamide intravenous recon soln	1	MO
cyclophosphamide oral capsule	1	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	1	B/D PA; MO
cyclosporine modified	1	B/D PA; MO
cyclosporine oral capsule	1	B/D PA; MO
CYRAMZA	1	MO; NDS
cytarabine	1	B/D PA; MO
cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)	1	B/D PA; MO
cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml	1	B/D PA
dacarbazine	1	MO
dactinomycin	1	MO
DANYELZA	1	NDS
DANZITEN	1	PA; QL (112 por 28 días); NDS
DARZALEX	1	MO; LA; NDS
DARZALEX FASPRO	1	MO; NDS
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
dasatinib oral tablet 20 mg	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
dasatinib oral tablet 70 mg	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
DATROWAY	1	PA; MO; NDS
daunorubicin	1	
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
decitabine	1	MO; NDS
DECNUPAZ	1	PA; NDS
docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)	1	NDS
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)	1	MO; NDS
doxorubicin intravenous recon soln	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml	1	B/D PA; MO
doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml	1	B/D PA
doxorubicin, peg-liposomal	1	MO; NDS
DROXIA	1	MO
ELAHERE	1	PA; LA; NDS
ELIGARD	1	PA; MO
ELIGARD (3 MONTH)	1	PA; MO
ELIGARD (4 MONTH)	1	PA; MO
ELIGARD (6 MONTH)	1	PA; MO
ELREXFIO	1	PA; NDS
ELZONRIS	1	LA; NDS
EMPLICITI	1	MO; NDS
EMRELIS	1	PA; NDS
ENSACOVE	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
ENVARSUS XR	1	B/D PA; MO
EPKINLY	1	PA; NDS
ERBITUX	1	MO; NDS
eribulin	1	NDS
ERIVEDGE	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
erlotinib oral tablet 25 mg	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ETOPOPHOS	1	MO
etoposide intravenous	1	MO
EULEXIN	1	NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg	1	PA; MO; QL (150 por 30 días); NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	1	B/D PA; MO; NDS
exemestane	1	MO
FAVLYXA	1	B/D PA; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	PA; MO; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA; MO
floxuridine	1	B/D PA
fludarabine intravenous recon soln	1	MO
fludarabine intravenous solution	1	
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml	1	B/D PA; MO
fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml	1	B/D PA
FOTIVDA	1	PA; LA; QL (21 por 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA; QL (84 por 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA; QL (21 por 28 días); NDS
fulvestrant	1	MO; NDS
FYARRO	1	PA; NDS
GAVRETO	1	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
GAZYVA	1	MO; NDS
gefitinib	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg	1	MO
gemcitabine intravenous recon soln 2 gram	1	
gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)	1	MO
gengraf oral capsule	1	B/D PA; MO
GILOTRIF	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA; QL (126 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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA; QL (84 por 28 días); NDS
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	PA; QL (168 por 28 días); NDS
GRAFAPEX	1	NDS
HERNEXEOS	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
hydroxyurea	1	MO
HYRNUO	1	PA; QL (120 por 30 días); NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
IBRANCE ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
IBTROZI	1	PA; QL (90 por 30 días); NDS
ICLUSIG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
idarubicin	1	MO
IDHIFA	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
ifosfamide intravenous recon soln	1	MO
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml	1	MO
ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml	1	
imatinib oral tablet 100 mg	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
imatinib oral tablet 400 mg	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA; QL (90 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA; QL (28 por 28 días); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	1	PA; QL (324 por 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET	1	PA; QL (28 por 28 días); NDS
IMDELLTRA	1	PA; MO; NDS
IMFINZI	1	MO; LA; NDS
IMJUDO	1	PA; MO; NDS
IMKELDI	1	PA; MO; QL (280 por 28 días); NDS
INLEXZO	1	PA; MO; LA; NDS
INLURIYO	1	PA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
INQOVI	1	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS
INREBIC	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml	1	MO
irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml	1	NDS
irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml	1	MO; NDS
ISTODAX	1	MO; NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
IWILFIN	1	PA; LA; QL (240 por 30 días); NDS
IXEMPRA	1	MO; NDS
JAKAFI	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
JAKAFI XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
JEMPERLI	1	PA; MO; NDS
JEVTANA	1	MO; NDS
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
JIDEYTRO ORAL TABLET 25 MG	1	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
JYLAMVO	1	B/D PA; MO
KADCYLA	1	PA; MO; NDS
KEYTRUDA	1	PA; MO; NDS
KEYTRUDA QLEX	1	PA; MO; NDS
KIMMTRAK	1	NDS
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA; MO; QL (42 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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA; MO; QL (63 por 28 días); NDS
KOMZIFTI	1	PA; QL (90 por 30 días); NDS
KOSELUGO	1	PA; NDS
KRAZATI	1	PA; QL (180 por 30 días); NDS
KYPROLIS	1	MO; NDS
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml	1	PA; MO; NDS
lapatinib	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS
lenalidomide	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	1	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)	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
letrozole	1	MO
LEUKERAN	1	MO; NDS
leuprolide subcutaneous kit	1	PA; MO
LIBTAYO	1	PA; LA; NDS
LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)	1	PA; LA; QL (18 por 28 días); NDS
LIFYORLI ORAL CAPSULE 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)	1	PA; LA; QL (27 por 28 días); NDS
lomustine oral capsule 10 mg	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg	1	NDS
LONSURF	1	PA; MO; NDS
LOQTORZI	1	PA; MO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
LUNSUMIO	1	PA; MO; NDS
LUNSUMIO VELO	1	PA; MO; NDS
LUPRON DEPOT	1	PA; MO; NDS
LYNOZYFIC	1	PA; NDS
LYNPARZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
LYSODREN	1	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	1	PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	1	PA; LA; QL (112 por 28 días); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA; LA; QL (140 por 28 días); NDS
MATULANE	1	NDS
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)	1	PA
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	1	PA; MO
megestrol oral tablet	1	PA; MO
MEKINIST ORAL RECON SOLN	1	PA; MO; QL (1260 por 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
MEKTOVI	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
melphalan hcl	1	NDS
mercaptopurine oral suspension	1	MO; NDS
mercaptopurine oral tablet	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
methotrexate sodium (pf) injection recon soln	1	
methotrexate sodium (pf) injection solution	1	MO
methotrexate sodium injection	1	MO
methotrexate sodium oral	1	B/D PA; MO
mitomycin intravenous recon soln 20 mg, 5 mg	1	MO
mitomycin intravenous recon soln 40 mg	1	MO; NDS
mitoxantrone	1	MO
MODEYSO	1	PA; QL (20 por 28 días); NDS
MONJUVI	1	PA; LA; NDS
mycophenolate mofetil (hcl)	1	B/D PA; MO
mycophenolate mofetil oral capsule	1	B/D PA; MO
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution	1	B/D PA; MO; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet	1	B/D PA; MO
mycophenolate sodium	1	B/D PA; MO
MYHIBBIN	1	B/D PA; MO; NDS
MYLOTARG	1	MO; LA; NDS
nelarabine	1	MO; NDS
NEMLUVIO	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
NERLYNX	1	PA; MO; LA; NDS
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg	1	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
nilotinib hcl oral capsule 50 mg	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
nilutamide	1	PA; MO; NDS
NINLARO	1	PA; MO; QL (3 por 28 días); NDS
NUBEQA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
NULOJIX	1	B/D PA; MO; NDS
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml	1	PA; MO; NDS
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	1	PA; MO
octreotide acetate injection syringe	1	PA; MO
octreotide,microspheres	1	PA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ODOMZO	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (56 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	PA; QL (96 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	1	PA; QL (16 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	1	PA; QL (20 por 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA; QL (24 por 28 días); NDS
OJJAARA	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ONCASPAR	1	NDS
ONIVYDE	1	NDS
ONUREG	1	PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS
OPDIVO	1	PA; MO; NDS
OPDIVO QVANTIG	1	PA; MO; NDS
OPDUALAG	1	PA; MO; NDS
ORGOVYX	1	PA; LA; QL (30 por 28 días); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA; QL (90 por 30 días); NDS
oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg	1	
oxaliplatin intravenous recon soln 50 mg	1	MO
oxaliplatin intravenous solution	1	MO
paclitaxel	1	MO
paclitaxel protein-bound	1	MO; NDS
PADCEV	1	PA; MO; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
PAZOPANIB ORAL TABLET 400 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
PEMAZYRE	1	PA; LA; QL (28 por 28 días); NDS
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	1	MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg	1	MO
pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg	1	NDS
PERJETA	1	MO; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	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)	1	PA; QL (56 por 28 días); NDS
POLIVY	1	PA; MO; NDS
pomalidomide	1	PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS
POMALYST	1	PA; MO; LA; QL (21 por 28 días); NDS
POTELIGEO	1	PA; NDS
pralatrexate intravenous solution 20 mg/ml (1 ml)	1	MO; NDS
PRALATREXATE INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/2 ML (20 MG/ML)	1	MO; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS	1	B/D PA
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	1	B/D PA; MO
QINLOCK	1	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA; QL (120 por 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA; QL (240 por 30 días); NDS
REZLIDHIA	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
REZUROCK	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
romidepsin intravenous recon soln	1	NDS
romidepsin intravenous solution	1	MO; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ROMVIMZA	1	PA; LA; QL (8 por 28 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (150 por 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA; MO; QL (336 por 28 días); NDS
RUBRACA	1	PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS
RUXIENCE	1	PA; MO; NDS
RYBREVANT	1	PA; MO; NDS
RYBREVANT FASPRO	1	PA; MO; NDS
RYDAPT	1	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
RYLAZE	1	NDS
RYTELO	1	PA; NDS
SARCLISA	1	PA; LA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA; QL (120 por 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (300 por 30 días); NDS
SIGNIFOR	1	PA; NDS
SIMULECT	1	B/D PA
sirolimus	1	B/D PA; MO
SOLTAMOX	1	MO; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	1	PA; MO; NDS
sorafenib	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
STIVARGA	1	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
sunitinib malate	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
SYLVANT	1	MO; NDS
TABLOID	1	MO
TABRECTA	1	PA; MO; NDS
tacrolimus oral capsule	1	B/D PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	PA; MO; QL (840 por 28 días); NDS
TAGRISSO	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
TALVEY	1	PA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TALZENNA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
tamoxifen	1	MO
TECENTRIQ	1	MO; LA; NDS
TECENTRIQ HYBREZA	1	MO; LA; NDS
TECVAYLI	1	PA; NDS
TEMODAR	1	MO; NDS
temsirolimus	1	MO; NDS
TEPMETKO	1	PA; LA; NDS
TEVIMBRA	1	PA; NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS
thiotepa injection recon soln 100 mg	1	NDS
thiotepa injection recon soln 15 mg	1	MO; NDS
TIBSOVO	1	PA; NDS
TIVDAK	1	PA; MO; NDS
topotecan	1	MO; NDS
toremifene	1	MO; NDS
torpenz	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
TRAZIMERA	1	MO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	1	PA; MO
tretinoin (antineoplastic)	1	MO; NDS
TRODELVY	1	PA; LA; NDS
TRUQAP	1	PA; QL (64 por 28 días); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (300 por 30 días); NDS
TURALIO	1	PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS
UNITUXIN	1	NDS
UNLOXCYT	1	PA; NDS
valrubicin	1	MO; NDS
VANFLYTA	1	PA; QL (56 por 28 días); NDS
VECTIBIX	1	MO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA; LA; QL (60 por 30 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA; LA; QL (180 por 30 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA; LA; QL (42 por 180 días); NDS
VEPPANU	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
VERZENIO	1	PA; MO; LA; QL (56 por 28 días); NDS
vinblastine	1	B/D PA; MO
vincristine	1	B/D PA; MO
vinorelbine	1	MO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION	1	PA; MO; LA; QL (300 por 30 días); NDS
VONJO	1	PA; QL (120 por 30 días); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	1	PA; QL (60 por 30 días); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
VYLOY	1	PA; LA; NDS
VYXEOS	1	NDS
WELIREG	1	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	1	PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XERMELO	1	PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS
XOSPATA	1	PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS
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)	1	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
YERVOY	1	MO; NDS
YONDELIS	1	NDS
yulithira	1	PA; QL (30 por 30 días)
ZALTRAP	1	MO; NDS
ZEJULA	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
ZELBORAF	1	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
ZENBEXUS	1	PA; QL (21 por 28 días); NDS
ZEPZELCA	1	PA; NDS
ZIIHERA	1	PA; NDS
ZIRABEV	1	MO; NDS
ZOLADEX	1	PA; MO
ZOLINZA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
ZYDELIG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ZYKADIA	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
ZYNLONTA	1	PA; LA; NDS
ZYNYZ	1	PA; MO; NDS

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

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

benztropine injection	1	
benztropine oral	1	PA; MO
bromocriptine	1	MO
carbidopa	1	MO
carbidopa-levodopa oral tablet	1	MO
carbidopa-levodopa oral tablet extended release	1	MO
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating	1	MO
carbidopa-levodopa-entacapone	1	MO
entacapone	1	MO
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	1	PA; QL (300 por 30 días); NDS
NEUPRO	1	MO
pramipexole oral tablet	1	MO
rasagiline	1	MO
ropinirole	1	MO
selegiline hcl	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
trihexyphenidyl oral tablet	1	MO
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		
acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 300 mg-30 mg /12.5 ml	1	QL (4500 por 30 días)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml	1	MO; QL (4500 por 30 días)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	1	MO; QL (360 por 30 días)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	1	MO; QL (180 por 30 días)
buprenorphine hcl injection syringe	1	
buprenorphine hcl sublingual	1	MO
buprenorphine transdermal patch	1	PA; MO; QL (4 por 28 días)
endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1	QL (360 por 30 días)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	1	PA; QL (10 por 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml	1	QL (5550 por 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	1	QL (360 por 30 días)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	1	QL (50 por 30 días)
hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml	1	
hydromorphone injection solution 2 mg/ml	1	
hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	1	
hydromorphone oral liquid	1	QL (2400 por 30 días)
hydromorphone oral tablet	1	QL (180 por 30 días)
hydromorphone oral tablet extended release 24 hr	1	PA; QL (60 por 30 días)
methadone injection solution	1	
methadone intensol	1	PA; QL (90 por 30 días)
methadone oral concentrate	1	PA; QL (90 por 30 días)
methadone oral solution 10 mg/5 ml	1	PA; QL (600 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
methadone oral solution 5 mg/5 ml	1	PA; QL (1200 por 30 días)
methadone oral tablet 10 mg	1	PA; QL (120 por 30 días)
methadone oral tablet 5 mg	1	PA; QL (240 por 30 días)
methadose oral concentrate	1	PA; QL (90 por 30 días)
morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	1	
morphine concentrate oral solution	1	QL (900 por 30 días)
morphine injection syringe 4 mg/ml	1	
morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	1	
morphine intravenous syringe 2 mg/ml, 4 mg/ml	1	
morphine oral solution	1	QL (900 por 30 días)
morphine oral tablet	1	QL (180 por 30 días)
morphine oral tablet extended release	1	PA; QL (120 por 30 días)
oxycodone oral capsule	1	QL (360 por 30 días)
oxycodone oral concentrate	1	QL (180 por 30 días)
oxycodone oral solution	1	QL (1200 por 30 días)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	1	QL (180 por 30 días)
oxycodone oral tablet 5 mg	1	QL (360 por 30 días)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	1	QL (360 por 30 días)
SUBLOCADE	1	MO; NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
buprenorphine-naloxone	1	MO
butorphanol injection	1	MO
butorphanol nasal	1	MO; QL (10 por 28 días)
celecoxib	1	MO
clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml	1	
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1	MO
diclofenac sodium oral	1	MO
diclofenac sodium topical drops	1	PA; MO; QL (300 por 28 días)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump	1	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
diclofenac-misoprostol	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
diflunisal	1	MO
etodolac	1	MO
flurbiprofen oral tablet 100 mg	1	MO
ibu	1	MO
ibuprofen oral suspension	1	MO
ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg	1	MO
ibuprofen oral tablet 600 mg	1	
JOURNAVX	1	MO; QL (30 por 90 días)
KLOXXADO	1	MO
lurbiro	1	
meloxicam oral tablet	1	MO; QL (30 por 30 días)
nabumetone	1	MO
nalbuphine	1	
naloxone injection solution	1	
naloxone injection syringe	1	
naltrexone	1	MO
naproxen oral tablet	1	MO
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec)	1	MO
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	1	MO
piroxicam	1	MO
salsalate	1	MO
sulindac	1	MO
tramadol oral tablet 50 mg	1	MO; QL (240 por 30 días)
tramadol-acetaminophen	1	MO; QL (240 por 30 días)
VIVITROL	1	MO; NDS
ANTICONVULSIVANTES		
brivaracetam intravenous	1	PA; MO; QL (600 por 30 días)
brivaracetam oral solution	1	PA; MO; QL (600 por 30 días); NDS
brivaracetam oral tablet	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr	1	MO
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	1	MO
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml	1	
carbamazepine oral tablet	1	MO
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg	1	MO
clobazam oral suspension	1	PA; MO; QL (480 por 30 días)
clobazam oral tablet	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
clonazepam oral tablet 2 mg	1	MO; QL (300 por 30 días)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	1	MO; QL (300 por 30 días)
DIACOMIT	1	PA; LA; NDS
diazepam rectal	1	MO
DILANTIN 30 MG	1	MO
divalproex	1	MO
EPIDIOLEX	1	PA; MO; LA; NDS
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 600 mg, 800 mg	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
eslicarbazepine oral tablet 400 mg	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
ethosuximide	1	MO
felbamate	1	MO
FINTEPLA	1	PA; LA; QL (360 por 30 días); NDS
fosphenytoin	1	
gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg	1	MO; QL (270 por 30 días)
gabapentin oral capsule 200 mg	1	QL (540 por 30 días)
gabapentin oral capsule 300 mg	1	MO; QL (360 por 30 días)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	1	MO; QL (2160 por 30 días)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)	1	QL (2160 por 30 días)
gabapentin oral tablet 600 mg	1	MO; QL (180 por 30 días)
gabapentin oral tablet 800 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 450 mg, 600 mg, 750 mg, 900 mg	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
lacosamide intravenous	1	MO; QL (1200 por 30 días)
lacosamide oral solution	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
lacosamide oral tablet 50 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
lamotrigine oral tablet	1	MO
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible	1	MO
lamotrigine oral tablet,disintegrating	1	MO
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	1	MO
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml	1	
levetiracetam intravenous	1	MO
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	1	MO
levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)	1	
levetiracetam oral tablet	1	MO
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr	1	MO
LEVETIRACETAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION	1	MO
methsuximide	1	MO
NAYZILAM	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)
oxcarbazepine oral suspension	1	MO
oxcarbazepine oral tablet	1	MO
perampanel oral suspension	1	MO; QL (720 por 30 días); NDS
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
perampanel oral tablet 2 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
phenobarbital oral elixir	1	PA; MO
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg	1	PA
phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	1	PA; MO
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml	1	MO
phenobarbital sodium injection solution 65 mg/ml	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	1	MO
phenytoin oral tablet,chewable	1	MO
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	1	MO
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	1	
phenytoin sodium intravenous solution	1	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
pregabalin oral solution	1	MO; QL (900 por 30 días)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	1	MO
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	1	MO
relgaabi oral capsule 300 mg	1	QL (360 por 30 días)
relgaabi oral capsule 400 mg	1	QL (270 por 30 días)
roweepra	1	MO
rufinamide oral suspension	1	PA; MO; NDS
rufinamide oral tablet	1	PA; MO
SPRITAM	1	
SUBVENITE ORAL SUSPENSION	1	MO; NDS
subvenite oral tablet	1	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
tiagabine	1	MO
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	1	PA; MO
topiramate oral solution	1	PA; MO
topiramate oral tablet	1	PA; MO
valproate sodium	1	MO
valproic acid	1	MO
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml	1	MO
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)	1	
VALTOCO	1	PA; MO; QL (10 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
vigabatrin	1	PA; MO; LA; NDS
vigadrone	1	PA; LA; NDS
XCOPRI MAINTENANCE PACK	1	MO; QL (56 por 28 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	MO; QL (60 por 30 días); NDS
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	1	MO; QL (28 por 180 días)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	1	MO; QL (28 por 180 días); NDS
ZONISADE	1	PA; MO; NDS
zonisamide	1	PA; MO
ZTALMY	1	PA; LA; QL (1100 por 30 días); NDS
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	MO; QL (2.4 por 56 días); NDS
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	MO; QL (3.2 por 56 días); NDS
ABILIFY MAINTENA	1	MO; QL (1 por 28 días); NDS
amitriptyline	1	MO
amoxapine	1	MO
amphetamine	1	MO
aripiprazole oral solution	1	MO
aripiprazole oral tablet	1	MO; QL (30 por 30 días)
aripiprazole oral tablet,disintegrating	1	MO; QL (60 por 30 días)
ARISTADA INITIO	1	MO; QL (2.4 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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	MO; QL (3.9 por 56 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	MO; QL (1.6 por 28 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	MO; QL (2.4 por 28 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	MO; QL (3.2 por 28 días); NDS
armodafinil	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
asenapine maleate	1	MO; QL (60 por 30 días)
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC	1	QL (60 por 30 días)
AUVELITY ORAL TABLET,IR ER BIPHASIC,DOSEPACK	1	QL (51 por 180 días)
BELSOMRA	1	PA; QL (30 por 30 días)
bupropion hcl oral tablet	1	MO
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr	1	MO; QL (60 por 30 días)
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	1	MO
BYSANTI	1	ST; QL (60 por 30 días); NDS
BYSANTI TITRATION PACK A	1	ST; QL (8 por 180 días); NDS
BYSANTI TITRATION PACK B	1	ST; QL (12 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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BYSANTI TITRATION PACK C	1	ST; QL (8 por 180 días); NDS
CAPLYTA	1	MO; QL (30 por 30 días)
chlorpromazine injection	1	
chlorpromazine oral	1	MO
citalopram oral solution	1	MO
citalopram oral tablet	1	MO; QL (30 por 30 días)
clomipramine	1	MO
clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr	1	MO
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	1	PA; MO; QL (360 por 30 días)
clozapine	1	
COBENFY	1	MO; QL (60 por 30 días)
COBENFY STARTER PACK	1	MO; QL (56 por 180 días)
desipramine	1	MO
desvenlafaxine succinate	1	MO; QL (30 por 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr	1	MO
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet	1	MO
diazepam injection	1	PA
diazepam intensol	1	PA; QL (240 por 30 días)
diazepam oral concentrate	1	PA; QL (240 por 30 días)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	1	PA; MO; QL (1200 por 30 días)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)	1	PA; QL (1200 por 30 días)
diazepam oral tablet	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
doxepin oral capsule	1	MO
doxepin oral concentrate	1	MO
doxepin oral tablet	1	MO; QL (30 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
EMSAM	1	MO; NDS
escitalopram oxalate oral solution	1	MO
escitalopram oxalate oral tablet	1	MO; QL (30 por 30 días)
eszopiclone	1	MO; QL (30 por 30 días)
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG	1	ST; QL (30 por 30 días); NDS
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	1	ST; MO; QL (30 por 30 días); NDS
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK	1	ST; MO; QL (32 por 180 días); NDS
FANAPT	1	ST; MO; QL (60 por 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A	1	ST; MO; QL (8 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK B	1	ST; QL (12 por 180 días)
FANAPT TITRATION PACK C	1	ST; QL (8 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	1	QL (28 por 180 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR	1	QL (30 por 30 días)
flumazenil	1	
fluoxetine oral capsule 10 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
fluoxetine oral capsule 20 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
fluoxetine oral capsule 40 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
fluoxetine oral solution	1	MO
fluphenazine decanoate	1	MO
fluphenazine hcl injection	1	
fluphenazine hcl oral	1	MO
fluvoxamine oral tablet 100 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
fluvoxamine oral tablet 25 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
fluvoxamine oral tablet 50 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
haloperidol	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)	1	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	1	MO
haloperidol lactate injection	1	
haloperidol lactate oral	1	MO
imipramine hcl	1	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	MO; QL (3.5 por 180 días); NDS
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	MO; QL (5 por 180 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	MO; QL (0.75 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	MO; QL (1 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	MO; QL (1.5 por 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	MO; QL (0.25 por 28 días)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	MO; QL (0.88 por 90 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	MO; QL (1.32 por 90 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	MO; QL (1.75 por 90 días); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	MO; QL (2.63 por 90 días); NDS
lithium carbonate	1	MO
lithium citrate oral solution	1	MO
lorazepam injection	1	PA

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
lorazepam intensol	1	PA; QL (150 por 30 días)
lorazepam oral concentrate	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
lorazepam oral tablet 2 mg	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
loxapine succinate	1	MO
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
lurasidone oral tablet 80 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
LYBALVI	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
MARPLAN	1	MO
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50	1	MO
methylphenidate hcl oral solution	1	MO
methylphenidate hcl oral tablet	1	MO
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	1	MO
methylphenidate hcl oral tablet,chewable	1	MO
mirtazapine	1	MO
modafinil oral tablet 100 mg	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
modafinil oral tablet 200 mg	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg	1	
molindone oral tablet 5 mg	1	MO
nefazodone	1	MO
nortriptyline	1	MO
NUPLAZID	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
olanzapine intramuscular	1	
olanzapine oral	1	MO; QL (30 por 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	1	MO; QL (90 por 30 días); NDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
OPIPZA ORAL FILM 5 MG	1	MO; QL (180 por 30 días); NDS
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
paroxetine hcl oral suspension	1	MO
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr	1	MO; QL (60 por 30 días)
pentobarbital sodium injection solution	1	
perphenazine	1	MO
phenelzine	1	MO
pimozide	1	MO
protriptyline	1	MO
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
RALDESY	1	ST; MO; NDS
ramelteon	1	MO; QL (30 por 30 días)
REXULTI ORAL TABLET	1	MO; QL (30 por 30 días)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml	1	QL (2 por 28 días)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	1	MO; QL (2 por 28 días); NDS
risperidone oral solution	1	MO
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
risperidone oral tablet 4 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
SECUADO	1	MO; QL (30 por 30 días); NDS
sertraline oral concentrate	1	MO
sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
sertraline oral tablet 25 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
sodium oxybate	1	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)	1	PA; MO; NDS
thioridazine	1	MO
thiothixene	1	MO
tranylcypromine	1	MO
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg	1	MO
trifluoperazine	1	MO
trimipramine	1	MO
TRINTELLIX	1	QL (30 por 30 días)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
venlafaxine oral tablet	1	MO; QL (90 por 30 días)
VERSACLOZ	1	NDS
vilazodone	1	MO; QL (30 por 30 días)
VRAYLAR	1	MO; QL (30 por 30 días)
zaleplon oral capsule 10 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
zaleplon oral capsule 5 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
ziprasidone hcl	1	MO; QL (60 por 30 días)
ziprasidone mesylate	1	
zolpidem oral tablet	1	MO; QL (30 por 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA; MO; QL (28 por 365 días); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA; MO; QL (14 por 365 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 por 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	QL (1 por 28 días); NDS
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	MO
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	PA; MO
dantrolene intravenous	1	
dantrolene oral	1	MO
LIORESAL	1	B/D PA
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	1	MO
pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg	1	MO
revonto	1	
tizanidine oral tablet	1	MO
VYVGART	1	PA; MO; LA; NDS
VYVGART HYTRULO	1	PA; MO; LA; NDS
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (1 por 30 días)
dihydroergotamine injection	1	NDS
dihydroergotamine nasal	1	QL (8 por 28 días); NDS
EMGALITY PEN	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 por 30 días)
ergotamine-caffeine	1	MO
naratriptan	1	MO; QL (18 por 28 días)
NURTEC ODT	1	PA; QL (16 por 30 días)
QULIPTA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
rizatriptan	1	MO; QL (24 por 28 días)
sumatriptan nasal	1	MO; QL (18 por 28 días)
sumatriptan succinate oral	1	MO; QL (18 por 28 días)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	1	MO; QL (8 por 28 días)
sumatriptan succinate subcutaneous solution	1	MO; QL (8 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
UBRELVY	1	PA; QL (20 por 30 días)
TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
AUSTEDO XR	1	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	1	PA; MO; QL (28 por 180 días); NDS
BRIUMVI	1	PA; MO; QL (24 por 180 días); NDS
dalfampridine	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
dextromethorphan-quinidine	1	PA; NDS
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	1	PA; MO; QL (56 por 28 días)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	1	PA; MO; QL (120 por 180 días)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
donepezil	1	MO
fingolimod	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
galantamine	1	MO
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	1	PA; MO; QL (12 por 28 días); NDS
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	1	PA; MO; QL (12 por 28 días); NDS
INGREZZA	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	1	PA; LA; QL (28 por 180 días); NDS
INGREZZA SPRINKLE	1	PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS
KESIMPTA PEN	1	PA; MO; QL (1.6 por 28 días); NDS
LEQEMBI IQLIK	1	PA; NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr	1	PA; MO
memantine oral solution	1	PA; MO
memantine oral tablet	1	PA; MO
memantine-donepezil	1	PA; MO
RADICAVA ORS	1	PA; MO; NDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	1	PA; MO; NDS
rivastigmine	1	MO
rivastigmine tartrate	1	MO
teriflunomide	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	1	PA; MO; QL (240 por 30 días)
tetrabenazine oral tablet 25 mg	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
VUMERITY	1	PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS
ZEPOSIA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	1	PA; MO; QL (28 por 180 días); NDS
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	1	PA; MO; QL (7 por 180 días); NDS
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO		
AGENTES VARIOS		
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)	1	MO; QL (60 por 30 días)
chlorhexidine gluconate mucous membrane	1	MO
denta 5000 plus	1	MO
dentagel	1	MO
fluoride (sodium) dental cream	1	
fluoride (sodium) dental gel	1	
fluoride (sodium) dental paste	1	MO
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	1	MO; QL (30 por 28 días)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	1	MO; QL (30 por 20 días)
kourzeq	1	MO
periogard	1	MO
sf	1	MO
sf 5000 plus	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
sodium fluoride 5000 dry mouth	1	MO
sodium fluoride 5000 plus	1	
sodium fluoride-pot nitrate	1	MO
triamcinolone acetonide dental	1	MO
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
ciprofloxacin-dexamethasone	1	MO; QL (7.5 por 7 días)
neomycin-polymyxin-hc otic (ear)	1	MO
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
acetic acid otic (ear)	1	MO
ciprofloxacin hcl otic (ear)	1	MO
fluocinolone acetonide oil	1	MO
hydrocortisone-acetic acid	1	MO
ofloxacin otic (ear)	1	MO
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
afirmelle	1	
altavera (28)	1	MO
alyacen 1/35 (28)	1	MO
alyacen 7/7/7 (28)	1	MO
amethyst (28)	1	
apri	1	MO
aranelle (28)	1	MO
aubra eq	1	MO
aviane	1	MO
azurette (28)	1	MO
camrese	1	MO
cryselle (28)	1	MO
cyred eq	1	MO
dasetta 1/35 (28)	1	MO
dasetta 7/7/7 (28)	1	MO
daysee	1	MO
desog-e.estradiol/e.estradiol	1	
drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)	1	MO
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	1	MO
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	1	
elinest	1	MO
enskyce	1	MO
estarylla	1	MO
falmina (28)	1	MO
introvale	1	MO
isibloom	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
jasmiel (28)	1	MO
jolessa	1	MO
juleber	1	MO
kalliga	1	
kariva (28)	1	
kelnor 1/35 (28)	1	MO
kurvelo (28)	1	MO
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	1	
larin 1.5/30 (21)	1	MO
larin 1/20 (21)	1	MO
larin 24 fe	1	MO
larin fe 1.5/30 (28)	1	MO
larin fe 1/20 (28)	1	MO
lessina	1	MO
levonest (28)	1	MO
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month	1	
levonorg-eth estrad triphasic	1	MO
loryna (28)	1	MO
lo-zumandimine (28)	1	MO
lutera (28)	1	
marlissa (28)	1	MO
microgestin 1.5/30 (21)	1	MO
microgestin 1/20 (21)	1	MO
microgestin fe 1.5/30 (28)	1	MO
microgestin fe 1/20 (28)	1	MO
mili	1	MO
mono-linyah	1	MO
nikki (28)	1	MO
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg	1	MO
norgestimate-ethinyl estradiol	1	
nortrel 0.5/35 (28)	1	MO
nortrel 1/35 (21)	1	MO
nortrel 1/35 (28)	1	MO
nortrel 7/7/7 (28)	1	MO
philith	1	MO
pimtrea (28)	1	MO
portia 28	1	MO
reclipsen (28)	1	MO
setlakin	1	MO
sprintec (28)	1	MO
syeda	1	MO
tarina fe 1-20 eq (28)	1	MO
tilia fe	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
tri-estarylla	1	MO
tri-legest fe	1	MO
tri-linyah	1	MO
tri-lo-estarylla	1	MO
tri-lo-marzia	1	MO
tri-lo-sprintec	1	
tri-sprintec (28)	1	MO
turqoz (28)	1	MO
valtya	1	MO
velivet triphasic regimen (28)	1	MO
vestura (28)	1	MO
vienva	1	MO
viorele (28)	1	MO
wera (28)	1	MO
zovia 1-35 (28)	1	MO
zumandimine (28)	1	MO
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
abigale	1	MO
abigale lo	1	MO
camila	1	MO
conjugated estrogens	1	MO
deblitane	1	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	MO
dotti	1	QL (8 por 28 días)
emzahh	1	MO
errin	1	MO
estradiol oral	1	MO
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	1	MO; QL (8 por 28 días)
estradiol transdermal patch semiweekly 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr	1	QL (8 por 28 días)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr	1	QL (4 por 28 días)
estradiol transdermal patch weekly 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	1	MO; QL (4 por 28 días)
estradiol vaginal	1	MO
estradiol valerate	1	MO
estradiol-norethindrone acet	1	MO
fyavolv	1	MO
gallifrey	1	MO
heather	1	MO
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	1	MO
IMVEXXY STARTER PACK	1	MO
incassia	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
jencycla	1	MO
jinteli	1	MO
lyleq	1	MO
lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr	1	QL (8 por 28 días)
lyllana transdermal patch semiweekly 0.1 mg/24 hr	1	MO; QL (8 por 28 días)
lyza	1	
medroxyprogesterone	1	MO
meleya	1	MO
mimvey	1	MO
nora-be	1	MO
norethindrone (contraceptive)	1	
norethindrone acetate	1	MO
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	1	MO
orquidea	1	MO
PREMARIN VAGINAL	1	
PREMPHASE	1	MO
PREMPRO	1	MO
progesterone	1	MO
progesterone micronized oral	1	MO
sharobel	1	MO
yuvafem	1	
OXITÓCICOS		
methylergonovine oral	1	PA
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
clindamycin phosphate vaginal	1	MO
eluryng	1	MO
etonogestrel-ethinyl estradiol	1	
LILETTA	1	MO
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	1	MO
mifepristone oral tablet 200 mg	1	LA
MYFEMBREE	1	PA; MO; NDS
NEXPLANON	1	
norelgestromin-ethin.estradiol	1	MO
terconazole	1	MO
tranexamic acid oral	1	MO
xulane	1	
zafemy	1	MO
OFTALMOLOGÍA		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %, 0.075 %	1	MO
diclofenac sodium ophthalmic (eye)	1	MO
flurbiprofen sodium	1	MO
ketorolac ophthalmic (eye)	1	MO
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
apraclonidine	1	MO
brimonidine ophthalmic (eye)	1	MO
ANTIBIÓTICOS		
bacitracin-polymyxin b	1	MO
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)	1	MO
erythromycin ophthalmic (eye)	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
gatifloxacin	1	MO
gentamicin ophthalmic (eye) drops	1	MO; QL (70 por 30 días)
levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	MO
levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %	1	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops	1	MO
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous	1	
NATACYN	1	
neomycin-bacitracin-polymyxin	1	MO
neomycin-polymyxin-gramicidin	1	MO
ofloxacin ophthalmic (eye)	1	MO
polymyxin b sulf-trimethoprim	1	MO
tobramycin ophthalmic (eye)	1	MO; QL (10 por 14 días)
ANTIVÍRICOS		
trifluridine	1	MO
ZIRGAN	1	MO
BETABLOQUEANTES		
betaxolol ophthalmic (eye)	1	MO
carteolol	1	MO
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	MO
timolol maleate ophthalmic (eye) drops (not single use)	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution	1	MO
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
neomycin-bacitracin-poly-hc	1	MO
neomycin-polymyxin b-dexameth	1	MO
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)	1	MO
TOBRADEX	1	MO; QL (3.5 por 14 días)
tobramycin-dexamethasone	1	MO; QL (10 por 14 días)
ESTEROIDES		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)	1	MO
fluorometholone	1	MO
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel	1	MO
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %	1	MO
OZURDEX	1	MO; NDS
prednisolone acetate	1	MO
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)	1	MO
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
acetazolamide	1	MO
acetazolamide sodium	1	MO
methazolamide	1	MO
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
bimatoprost ophthalmic (eye)	1	MO
dorzolamide	1	MO
dorzolamide-timolol	1	MO
latanoprost	1	MO
miostat	1	
RHOPRESSA	1	
ROCKLATAN	1	
travoprost	1	MO
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	1	MO
azelastine ophthalmic (eye)	1	MO
CIMERLI	1	PA; MO; NDS
cromolyn ophthalmic (eye)	1	MO
cyclosporine ophthalmic (eye)	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
CYSTARAN	1	PA; NDS
epinastine	1	MO
MIEBO (PF)	1	MO; QL (3 por 30 días)
OXERVATE	1	PA; MO; NDS
PAVBLU	1	PA; MO; NDS
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	1	MO
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops	1	MO
sulfacetamide-prednisolone	1	MO
XDEMVY	1	PA; QL (10 por 42 días); NDS
XIIDRA	1	MO; QL (60 por 30 días)
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR		
bupropion hcl (smoking deter)	1	MO
NICOTROL NS	1	MO
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	MO
varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)	1	
varenicline tartrate oral tablets,dose pack	1	MO
AGENTES VARIOS		
acamprosate	1	MO
acetic acid irrigation	1	MO
anagrelide	1	MO
caffeine citrate intravenous	1	
caffeine citrate oral	1	MO
carglumic acid	1	PA; MO; NDS
cevimeline	1	MO
CHEMET	1	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	1	B/D PA
d10 %-0.45 % sodium chloride	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride	1	MO
d5 %-0.45 % sodium chloride	1	MO
deferasirox oral granules in packet	1	PA; MO; NDS
deferasirox oral tablet	1	PA; MO
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	1	PA; MO; NDS
deferiprone	1	PA; MO; NDS
deferoxamine	1	B/D PA; MO
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	1	
dextrose 10 % in water (d10w)	1	
dextrose 25 % in water (d25w)	1	
dextrose 5 % in water (d5w)	1	MO
dextrose 5 %-lactated ringers	1	MO
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	1	
dextrose 50 % in water (d50w)	1	
dextrose 70 % in water (d70w)	1	
disulfiram oral tablet 250 mg	1	MO
disulfiram oral tablet 500 mg	1	
droxidopa oral capsule 100 mg	1	PA; MO
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	1	PA; MO; NDS
glutamine (sickle cell)	1	PA; MO; NDS
INCRELEX	1	LA; NDS
kionex oral suspension	1	MO
levocarnitine (with sugar)	1	MO
levocarnitine oral solution 100 mg/ml	1	MO
levocarnitine oral tablet	1	MO
LOKELMA	1	MO
midodrine	1	MO
nitisinone	1	PA; MO; NDS
pilocarpine hcl oral	1	MO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA; MO; LA; NDS
REVCOVI	1	PA; LA; NDS
REZDIFFRA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
riluzole	1	PA; MO
risedronate oral tablet 30 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
sevelamer carbonate oral tablet	1	PA; MO
sodium benzoate-sod phenylacet	1	NDS
sodium chloride 0.9 % intravenous	1	MO
sodium chloride irrigation	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
sodium phenylbutyrate oral powder	1	PA; NDS
sodium phenylbutyrate oral tablet	1	PA; MO; NDS
sodium polystyrene sulfonate	1	MO
sps (with sorbitol) oral	1	MO
sps (with sorbitol) rectal	1	
trientine oral capsule 250 mg	1	PA; MO; NDS
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	1	MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 25.2 GRAM	1	
water for irrigation, sterile	1	MO
WEGOVY ORAL	1	PA; QL (30 por 30 días); NDS
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 por 28 días); NDS
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	1	PA; QL (3 por 28 días); NDS
XIAFLEX	1	PA; NDS
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	1	PA; MO
ANTÍDOTOS		
acetylcysteine intravenous	1	
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
lactated ringers irrigation	1	
neomycin-polymyxin b gu	1	
ringer's irrigation	1	MO
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO		
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
gentamicin topical	1	MO; QL (60 por 30 días)
mupirocin	1	MO; QL (44 por 30 días)
sulfacetamide sodium (acne)	1	MO
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
ciclodan topical solution	1	QL (6.6 por 28 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ciclopirox topical cream	1	MO; QL (90 por 28 días)
ciclopirox topical gel	1	MO; QL (100 por 28 días)
ciclopirox topical shampoo	1	MO; QL (120 por 28 días)
ciclopirox topical solution	1	MO; QL (6.6 por 28 días)
ciclopirox topical suspension	1	MO; QL (60 por 28 días)
clotrimazole topical cream	1	MO; QL (45 por 28 días)
clotrimazole topical solution	1	MO; QL (30 por 28 días)
clotrimazole-betamethasone topical cream	1	MO; QL (45 por 28 días)
clotrimazole-betamethasone topical lotion	1	MO; QL (60 por 28 días)
econazole nitrate topical cream	1	MO; QL (85 por 28 días)
ketoconazole topical cream	1	MO; QL (60 por 28 días)
ketoconazole topical shampoo	1	MO; QL (120 por 28 días)
klayesta	1	MO; QL (180 por 30 días)
naftifine topical gel	1	MO; QL (60 por 28 días)
nyamyc	1	QL (180 por 30 días)
nystatin topical cream	1	MO; QL (30 por 28 días)
nystatin topical ointment	1	MO; QL (30 por 28 días)
nystatin topical powder	1	MO; QL (180 por 30 días)
nystatin-triamcinolone	1	MO; QL (60 por 28 días)
nystop	1	MO; QL (180 por 30 días)
ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
acitretin	1	MO
calcipotriene scalp	1	MO; QL (120 por 30 días)
calcipotriene topical cream	1	MO; QL (120 por 30 días)
calcipotriene topical ointment	1	MO; QL (120 por 30 días)
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
COSENTYX INTRAVENOUS	1	PA; QL (20 por 28 días); NDS
COSENTYX PEN	1	PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS
COSENTYX PEN (2 PENS)	1	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO; QL (5 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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (2.5 por 28 días); NDS
COSENTYX UNOREADY PEN	1	PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS
ICOTYDE	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
OTULFI INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
pellix	1	QL (120 por 30 días)
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
selenium sulfide topical lotion	1	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA; MO; QL (2 por 84 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 por 84 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 55 MG/0.37 ML	1	PA; MO; QL (0.74 por 84 días); NDS
TREMFYA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (20 por 28 días); NDS
TREMFYA ONE-PRESS	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TREMFYA PEN	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	1	PA; MO; QL (12 por 180 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
YESINTEK INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
ANTIVIRALES TÓPICOS		
acyclovir topical ointment	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
penciclovir	1	MO; QL (5 por 30 días)
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
ala-cort topical cream	1	MO
alclometasone	1	MO
betamethasone dipropionate	1	MO
betamethasone valerate topical cream	1	MO
betamethasone valerate topical lotion	1	MO
betamethasone valerate topical ointment	1	MO
betamethasone, augmented	1	MO
clobetasol scalp	1	MO; QL (100 por 28 días)
clobetasol topical cream 0.05 %	1	MO; QL (120 por 28 días)
clobetasol topical foam	1	MO; QL (100 por 28 días)
clobetasol topical gel	1	MO; QL (120 por 28 días)
clobetasol topical lotion	1	MO; QL (118 por 28 días)
clobetasol topical ointment	1	MO; QL (120 por 28 días)
clobetasol topical shampoo	1	MO; QL (236 por 28 días)
clobetasol-emollient topical cream	1	MO; QL (120 por 28 días)
desonide topical cream	1	MO
desonide topical ointment	1	MO
fluocinolone	1	MO
fluocinolone and shower cap	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
fluocinonide topical cream 0.05 %	1	MO; QL (120 por 30 días)
fluocinonide topical gel	1	MO; QL (120 por 30 días)
fluocinonide topical ointment	1	MO; QL (120 por 30 días)
fluocinonide topical solution	1	MO; QL (120 por 30 días)
fluocinonide-emollient	1	MO; QL (120 por 30 días)
fluticasone propionate topical cream	1	MO
fluticasone propionate topical ointment	1	MO
halobetasol propionate topical cream	1	MO
halobetasol propionate topical ointment	1	MO
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	1	MO
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	1	MO
hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %	1	MO
mometasone topical	1	MO
triamcinolone acetonide topical cream	1	MO
triamcinolone acetonide topical lotion	1	MO
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	MO
triderm topical cream 0.5 %	1	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
malathion	1	MO
permethrin	1	MO; QL (60 por 30 días)
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
ADBRY	1	PA; MO; QL (6 por 28 días); NDS
ammonium lactate	1	MO
chloroprocaine (pf)	1	
dermacinrx lidocan	1	PA; QL (90 por 30 días)
diclofenac sodium topical gel 3 %	1	PA; MO; QL (100 por 28 días)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	1	PA; MO; QL (4.56 por 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	1	PA; MO; QL (4.56 por 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
EUCRISA	1	PA; MO; QL (120 por 30 días)
fluorouracil topical cream 5 %	1	MO
fluorouracil topical solution	1	MO
glydo	1	MO; QL (60 por 30 días)
imiquimod topical cream in packet 5 %	1	MO
lidocaine (pf) injection solution	1	
lidocaine hcl injection solution	1	
lidocaine hcl laryngotracheal	1	
lidocaine hcl mucous membrane jelly	1	MO; QL (60 por 30 días)
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator	1	MO; QL (60 por 30 días)
lidocaine hcl mucous membrane solution	1	MO
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
lidocaine topical ointment	1	PA; MO; QL (50 por 30 días)
lidocaine-epinephrine	1	
lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000	1	
lidocaine-prilocaine topical cream	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
lidocan iii	1	PA; QL (90 por 30 días)
lidocan iv	1	PA; QL (90 por 30 días)
lidocan v	1	PA; QL (90 por 30 días)
methoxsalen	1	MO; NDS
PANRETIN	1	PA; MO; NDS
pimecrolimus	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
podofilox topical solution	1	MO
polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)	1	
polocaine-mpf	1	
SANTYL	1	MO; QL (180 por 30 días)
silver sulfadiazine	1	MO
ssd	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
tacrolimus topical	1	PA; MO; QL (100 por 30 días)
VALCHLOR	1	PA; MO; NDS
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
accutane	1	
amnesteem	1	
azelaic acid	1	MO
claravis	1	
clindamycin phosphate topical gel	1	MO; QL (120 por 30 días)
clindamycin phosphate topical lotion	1	MO; QL (120 por 30 días)
clindamycin phosphate topical solution	1	MO; QL (120 por 30 días)
ery pads	1	MO
erythromycin with ethanol topical solution	1	MO
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
metronidazole topical	1	MO
tazarotene topical cream	1	PA; MO
tazarotene topical gel	1	PA; MO
tretinoin topical	1	PA; MO
trilitas	1	PA
zenatane	1	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
AGENTES ANTITIROIDEOS		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	1	MO
propylthiouracil	1	MO
HORMONAS SUPRARRENALES		
cortisone	1	
dexamethasone intensol	1	MO
dexamethasone oral elixir	1	MO
dexamethasone oral solution	1	MO
dexamethasone oral tablet	1	MO
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	1	MO
dexamethasone sodium phosphate injection solution	1	MO
dexamethasone sodium phosphate injection syringe	1	
fludrocortisone	1	MO
hydrocortisone oral	1	MO
methylprednisolone acetate	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
methylprednisolone oral tablet	1	B/D PA; MO
methylprednisolone oral tablets,dose pack	1	MO
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	1	MO
methylprednisolone sodium succ intravenous	1	MO
prednisolone oral solution	1	MO
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)	1	MO
prednisone intensol	1	MO
prednisone oral solution	1	MO
prednisone oral tablet	1	MO
prednisone oral tablet,delayed release (dr/ec)	1	MO; NDS
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg (48 pack), 5 mg (48 pack)	1	
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg	1	MO
TARPEYO	1	PA; QL (120 por 30 días); NDS
triamcinolone acetonide injection suspension 10 mg/ml	1	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	1	MO
HORMONAS TIROIDEAS		
levothyroxine intravenous recon soln	1	
levothyroxine oral tablet	1	MO
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	1	MO
liomny	1	
liothyronine intravenous	1	
liothyronine oral	1	MO
unithroid	1	MO
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	1	PA; MO; NDS
cabergoline	1	MO
calcitonin (salmon) injection	1	MO; NDS
calcitonin (salmon) nasal	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
calcitriol oral capsule	1	MO
calcitriol oral solution	1	
cinacalcet	1	PA; MO
clomid	1	PA; MO
clomiphene citrate	1	PA; MO
CRYSVITA	1	PA; MO; LA; NDS
danazol	1	MO
desmopressin injection	1	
desmopressin nasal spray with pump	1	MO
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	1	
desmopressin oral	1	MO
doxercalciferol	1	MO
ELAPRASE	1	PA; MO; NDS
FABRAZYME	1	PA; MO; NDS
KANUMA	1	PA; MO; NDS
LUMIZYME	1	PA; MO; NDS
MEPSEVII	1	PA; MO; NDS
mifepristone oral tablet 300 mg	1	PA; MO; NDS
milophene	1	PA; MO
NAGLAZYME	1	PA; MO; LA; NDS
pamidronate intravenous solution	1	MO
paricalcitol intravenous	1	
paricalcitol oral	1	MO
sapropterin	1	PA; MO; NDS
SOMAVERT	1	PA; MO; NDS
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	1	PA; MO
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)	1	PA
testosterone enanthate	1	PA; MO
testosterone transdermal gel	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	1	PA; MO; QL (300 por 30 días)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	1	PA; MO; QL (150 por 30 días)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
testosterone transdermal solution in metered pump w/app	1	PA; MO; QL (180 por 30 días)
tolvaptan	1	PA; MO; NDS
tolvaptan (polycys kidney dis)	1	PA; MO; NDS
VIMIZIM	1	PA; MO; LA; NDS
zoledronic acid intravenous solution	1	MO
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
acarbose oral tablet 100 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
acarbose oral tablet 25 mg	1	MO; QL (360 por 30 días)
acarbose oral tablet 50 mg	1	MO; QL (180 por 30 días)
alcohol pads	1	PA; MO
BAQSIMI	1	MO
dapagliflozin	1	MO; QL (30 por 30 días)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 5-1,000 mg, 5-500 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
diazoxide	1	MO; NDS
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	1	PA
FARXIGA	1	MO; QL (30 por 30 días)
glimepiride oral tablet 1 mg	1	MO; QL (240 por 30 días)
glimepiride oral tablet 2 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
glimepiride oral tablet 4 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
glipizide oral tablet 10 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
glipizide oral tablet 5 mg	1	MO; QL (240 por 30 días)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg	1	MO; QL (240 por 30 días)
glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	1	MO; QL (240 por 30 días)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
GLYXAMBI	1	MO; QL (30 por 30 días)
GVOKE	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML	1	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	MO
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	MO
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	1	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	1	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	MO
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	1	MO
HUMALOG U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	1	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	1	MO
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	1	MO
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	1	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	1	MO
INPEFA	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
INSULIN LISPRO	1	MO
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	1	MO
JARDIANCE	1	MO; QL (30 por 30 días)
KIRSTY	1	
KIRSTY PEN	1	
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	1	MO
LANTUS U-100 INSULIN	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	1	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	1	MO
LYUMJEV U-100 INSULIN	1	MO
metformin oral tablet 1,000 mg	1	MO; QL (75 por 30 días)
metformin oral tablet 500 mg	1	MO; QL (150 por 30 días)
metformin oral tablet 850 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	1	MO; QL (120 por 30 días)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
MOUNJARO	1	PA; QL (2 por 28 días)
nateglinide oral tablet 120 mg	1	MO; QL (90 por 30 días)
nateglinide oral tablet 60 mg	1	MO; QL (180 por 30 días)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	1	MO
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	1	MO
NOVOLIN N FLEXPEN	1	MO
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	1	MO
NOVOLIN R FLEXPEN	1	MO
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	1	MO
OZEMPIC ORAL	1	PA; QL (30 por 30 días)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS	1	PA; QL (3 por 28 días)
pioglitazone	1	MO; QL (30 por 30 días)
repaglinide oral tablet 0.5 mg	1	MO; QL (960 por 30 días)
repaglinide oral tablet 1 mg	1	MO; QL (480 por 30 días)
repaglinide oral tablet 2 mg	1	MO; QL (240 por 30 días)
RYBELSUS	1	PA; QL (30 por 30 días)
sitagliptin phos-metformin oral tablet	1	MO; QL (60 por 30 días)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	1	MO; QL (60 por 30 días)
sitagliptin phosphate	1	MO; QL (30 por 30 días)
SOLIQUA 100/33	1	QL (15 por 25 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SYNJARDY	1	MO; QL (60 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	MO; QL (30 por 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	MO; QL (60 por 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	1	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	1	MO
TRADJENTA	1	MO; QL (30 por 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	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	1	MO; QL (60 por 30 días)
TRULICITY	1	PA; QL (2 por 28 días)
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA		
OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS		
AVTOZMA AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
AVTOZMA INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 por 28 días); NDS
AVTOZMA SUBCUTANEOUS	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
BENLYSTA	1	PA; MO; NDS
ENBREL MINI	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK	1	PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS
HADLIMA	1	PA; MO; QL (4.8 por 28 días); NDS
HADLIMA PUSHTOUCH	1	PA; MO; QL (4.8 por 28 días); NDS
HADLIMA(CF)	1	PA; MO; QL (2.4 por 28 días); NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	1	PA; MO; QL (2.4 por 28 días); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA; MO; QL (2.28 por 28 días); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	1	PA; MO; QL (2.28 por 28 días); NDS
KINERET	1	PA; QL (18.76 por 28 días); NDS
leflunomide	1	MO; QL (30 por 30 días)
milnacipran oral tablet	1	MO; QL (60 por 30 días)
milnacipran oral tablets,dose pack	1	MO; QL (55 por 180 días)
OTEZLA	1	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)	1	PA; MO; QL (55 por 180 días); NDS
OTEZLA XR	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
OTEZLA XR INITIATION	1	PA; MO; QL (41 por 180 días); NDS
penicillamine oral tablet	1	PA; MO; NDS
RINVOQ LQ	1	PA; MO; QL (360 por 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	1	PA; MO; QL (84 por 180 días); NDS
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; MO; QL (3 por 28 días); NDS
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	1	PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS
SIMLANDI(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS
tofacitinib oral solution	1	PA; MO; QL (480 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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
tofacitinib oral tablet	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
tofacitinib oral tablet extended release 24 hr	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
TYENNE AUTOINJECTOR	1	PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS
TYENNE INTRAVENOUS	1	PA; MO; QL (160 por 28 días); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS	1	PA; QL (3.6 por 28 días); NDS
TRATAMIENTO DE LA GOTA		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	MO
allopurinol sodium	1	
aloprim	1	
colchicine oral tablet	1	MO
febuxostat	1	MO
probenecid	1	MO
probenecid-colchicine	1	MO
TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS		
alendronate oral solution	1	MO; QL (300 por 28 días)
alendronate oral tablet 10 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	1	MO; QL (4 por 28 días)
BONSITY	1	PA; MO; QL (2.24 por 28 días); NDS
ibandronate intravenous solution	1	PA
ibandronate intravenous syringe	1	PA; MO
ibandronate oral	1	MO; QL (1 por 30 días)
JUBBONTI	1	MO; QL (1 por 180 días)
PROLIA	1	MO; QL (1 por 180 días)
raloxifene	1	MO
risedronate oral tablet 150 mg	1	MO; QL (1 por 30 días)
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	1	MO; QL (4 por 28 días)
risedronate oral tablet 5 mg	1	MO; QL (30 por 30 días)
risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec)	1	MO; QL (4 por 28 días)
teriparatide (only ndcs starting with 47781)	1	PA; MO; QL (2.24 por 28 días); NDS
TYMLOS	1	PA; MO; QL (1.56 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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS		
adrenalin injection solution 1 mg/ml	1	
adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)	1	MO
cetirizine oral solution 1 mg/ml	1	MO
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	1	MO
diphenhydramine hcl injection syringe	1	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)	1	MO; QL (4 por 30 días)
epinephrine injection solution	1	
hydroxyzine hcl oral tablet	1	PA; MO
levocetirizine oral solution	1	MO
levocetirizine oral tablet	1	MO; QL (30 por 30 días)
promethazine injection solution	1	MO
promethazine oral	1	PA; MO

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine	1	B/D PA; MO
ADEMPAS	1	PA; MO; LA; QL (90 por 30 días); NDS
ADVAIR HFA	1	MO; QL (12 por 30 días)
albuterol sulfate (only ndcs starting with 00054, 00093, 00781, 17270, 45802, 60687, 68180, 69097, 76282) inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	1	MO; QL (17 por 30 días)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm	1	QL (13.4 por 30 días)
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	1	B/D PA; MO
albuterol sulfate oral syrup	1	MO
albuterol sulfate oral tablet	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (12.2 por 30 días)
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (6.1 por 30 días)
alyq	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ambrisentan	1	PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS
arformoterol	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	MO; QL (13 por 30 días)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 200 MCG/ACTUATION	1	QL (13 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60)	1	MO; QL (1 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	1	MO; QL (2 por 30 días)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14)	1	QL (2 por 28 días)
BEVESPI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
bosentan oral tablet	1	PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS
BREO ELLIPTA	1	MO; QL (60 por 30 días)
breyna	1	MO; QL (10.3 por 30 días)

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BREZTRI AEROSPHERE	1	MO; QL (10.7 por 30 días)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml	1	B/D PA; MO; QL (60 por 30 días)
budesonide-formoterol	1	QL (10.2 por 30 días)
CINRYZE	1	PA; MO; NDS
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8 por 30 días)
cromolyn inhalation	1	B/D PA; MO
DULERA	1	MO; QL (13 por 30 días)
FASENRA PEN	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	1	PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS
flunisolide	1	MO; QL (50 por 30 días)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL	1	MO; QL (60 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (12 por 30 días)
FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	1	ST; MO; QL (24 por 30 días)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation	1	MO; QL (10.6 por 30 días)
fluticasone propionate nasal	1	MO; QL (16 por 30 días)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device	1	MO; QL (60 por 30 días)
formoterol fumarate	1	B/D PA; MO; QL (120 por 30 días)
icatibant	1	PA; MO; NDS
ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler	1	MO; QL (25.8 por 30 días)
ipratropium bromide inhalation solution	1	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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ipratropium-albuterol	1	B/D PA; MO
KALYDECO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
macitentan	1	PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS
mometasone nasal	1	MO; QL (34 por 30 días)
montelukast	1	MO
nintedanib	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; MO; LA; QL (0.4 por 28 días); NDS
OFEV	1	PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET	1	PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS
pirfenidone oral capsule	1	PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS
pirfenidone oral tablet 267 mg	1	PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS
pirfenidone oral tablet 801 mg	1	PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS
PULMOZYME	1	B/D PA; MO; NDS
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	1	QL (10.6 por 30 días)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	1	QL (21.2 por 30 días)
roflumilast	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
sajazir	1	PA; MO; NDS
sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml	1	NDS

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg	1	PA; MO; QL (90 por 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
STIOLTO RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT	1	MO; QL (4 por 30 días)
SYMDEKO	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg	1	PA; QL (60 por 30 días)
terbutaline oral	1	MO
terbutaline subcutaneous	1	
TEZSPIRE	1	PA; MO; QL (1.91 por 30 días); NDS
theophylline oral elixir	1	MO
theophylline oral solution	1	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg	1	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg	1	MO
theophylline oral tablet extended release 24 hr	1	MO
TRELEGY ELLIPTA	1	MO; QL (60 por 30 días)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	1	PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	1	PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS
WINREVAIR	1	PA; MO; QL (1 por 21 días); NDS
wixela inhub	1	QL (60 por 30 días)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	1	PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	1	PA; MO; LA; 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 tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG	1	PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 26.5 MCG	1	PA; MO; QL (896 por 28 días); NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 53 MCG	1	PA; MO; QL (448 por 28 días); NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 79.5 MCG	1	PA; MO; QL (308 por 28 días); NDS
zafirlukast	1	MO
SUMINISTROS DIVERSOS		
SUMINISTROS DIVERSOS		
NOVO PEN NEEDLE	1	PA; MO
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 1 UNIT (240 UNIT)	1	QL (4 por 28 días)
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (200 UNIT)	1	MO; QL (8 por 30 días)
CEQUR SIMPLICITY DEVICE 2 UNIT (240 UNIT)	1	QL (5 por 30 días)
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	1	MO; QL (1 por 720 días)
GAUZE PADS 2 X 2	1	PA; MO
EMBECTA INSULIN SYRINGE	1	PA; MO
BD PEN NEEDLE	1	PA; MO
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS)	1	MO; QL (15 por 30 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	1	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	1	MO; QL (15 por 30 días)
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS)	1	MO; QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	QL (1 por 720 días)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	MO; QL (15 por 30 días)
EMBECTA PEN NEEDLE	1	PA; MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PIVOT INSULIN PUMP STARTER KIT	1	QL (1 por 720 días)
PIVOT SUPPLY KIT	1	QL (40 por 30 días)
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR)	1	QL (1 por 30 días)
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR)	1	MO; QL (1 por 30 días)
TWIIST STARTER KIT	1	MO; QL (1 por 720 días)
BD INSULIN SYRINGE	1	PA; MO
UROLÓGICOS		
AGENTES UROLÓGICOS VARIOS		
alprostadil	1	
bethanechol chloride	1	MO
CYSTAGON	1	PA; LA
ELMIRON	1	MO
glycine urologic solution	1	
K-PHOS NO 2	1	MO
K-PHOS ORIGINAL	1	MO
potassium citrate oral tablet extended release	1	MO
RENACIDIN	1	MO
tadalafil oral tablet 2.5 mg	1	PA; MO; QL (60 por 30 días)
tadalafil oral tablet 5 mg	1	PA; MO; QL (30 por 30 días)
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
GEMTESA	1	MO
mirabegron oral tablet extended release 24 hr	1	MO
oxybutynin chloride oral syrup	1	MO
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1	MO
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr	1	MO
solifenacin	1	MO
tolterodine	1	MO
trospium oral tablet	1	MO
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)		
alfuzosin	1	MO
dutasteride	1	MO
dutasteride-tamsulosin	1	MO
finasteride oral tablet 5 mg	1	MO
tamsulosin	1	MO
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS		

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
DERIVADOS DE SANGRE		
albumin, human 25 %	1	
alburx (human) 25 %	1	
alburx (human) 5 %	1	
albutein 25 %	1	
albutein 5 %	1	
ELECTROLITOS		
calcium acetate(phosphat bind)	1	PA; MO
calcium chloride	1	
calcium gluconate intravenous	1	
effer-k oral tablet, effervescent 25 meq	1	MO
klor-con 10	1	MO
klor-con 8	1	MO
klor-con m10	1	MO
klor-con m15	1	MO
klor-con m20	1	MO
klor-con oral packet 20	1	MO
lactated ringers intravenous	1	MO
magnesium chloride injection	1	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	1	
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution	1	
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	1	
magnesium sulfate injection	1	
potassium acetate	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	1	
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	1	
potassium chloride in 5 % dex	1	
potassium chloride in lr-d5	1	
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	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
potassium chloride intravenous	1	
potassium chloride oral capsule, extended release	1	MO
potassium chloride oral liquid	1	MO
potassium chloride oral packet 20 meq	1	MO
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	1	MO
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq	1	MO
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	1	
potassium chloride-0.45 % nacl	1	
potassium chloride-d5-0.2%nacl	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl	1	
potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml	1	
ringer's intravenous	1	
sodium acetate	1	
sodium bicarbonate intravenous solution	1	
sodium bicarbonate intravenous syringe 50 meq/50 ml (8.4 %)	1	
sodium chloride 0.45 % intravenous	1	MO
sodium chloride 3 % hypertonic	1	
sodium chloride 5 % hypertonic	1	MO
sodium chloride intravenous	1	
sodium phosphate	1	MO
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	1	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	1	B/D PA
electrolyte-148	1	

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

Nombre Del Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
electrolyte-a	1	
intralipid intravenous emulsion 20 %	1	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	1	
ISOLYTE-S	1	
PLENAMINE	1	B/D PA
premasol 10 %	1	B/D PA
travasol 10 %	1	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	1	B/D PA
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
fluoride (sodium) oral tablet	1	MO
prenatal vitamin oral tablet	1	MO
wescap-pn dha	1	MO

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

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
abacavir 5
abacavir-lamivudine 5
abigale 62
abigale lo 62
ABILIFY ASIMTUFII 49
ABILIFY MAINTENA 49
abiraterone 26, 27
abirtega 27
ABRYSVO (PF) 24
acamprosate 66
acarbose 77
accutane 74
acebutolol 14
acetaminophen-codeine 43
acetazolamide 65
acetazolamide sodium 65
acetic acid 60, 66
acetylcysteine 68, 83
acitretin 69
ACTHIB (PF) 24
ACTIMMUNE 23
acyclovir 5, 71
acyclovir sodium 5
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 24
ADBRY 72
ADCETRIS 27
adefovir 5
ADEMPAS 83
adenosine 11
adrenalin 83
ADSTILADRIN 27
ADVAIR HFA 83
afirmelle 60
AIMOVIG AUTOINJECTOR 57
AKEEGA 27
ala-cort 71
albendazole 3
albumin, human 25 % 90
alburx (human) 25 % 90
alburx (human) 5 % 90
albutein 25 % 90
albutein 5 % 90
albuterol sulfate 83
alclometasone 71
alcohol pads 77
ALDURAZYME 75
ALECENSA 27
alendronate 82
alfuzosin 89
aliskiren 14
allopurinol 82
allopurinol sodium 82
aloprim 82
alosetron 19
alprostadil 89
altavera (28) 60
ALUNBRIG 27
ALVESCO 84
alyacen 1/35 (28) 60
alyacen 7/7/7 (28) 60
alyq 84
amantadine hcl 5
ambrisentan 84
amethyst (28) 60
amikacin 3
amiloride 14
amiloride-hydrochlorothiazide 14
aminocaproic acid 17
amiodarone 11
amitriptyline 49
amlodipine 14
amlodipine-atorvastatin 12
amlodipine-benazepril 14
amlodipine-olmesartan 14
amlodipine-valsartan 14
amlodipine-valsartan-hcthiazid 14
ammonium lactate 72
amnesteem 74
amoxapine 49
amoxicillin 9
amoxicillin-pot clavulanate 9
amphetamine 49
amphotericin b 2
amphotericin b liposome 2
ampicillin 9
ampicillin sodium 9
ampicillin-sulbactam 9
anagrelide 66
anastrozole 27
ANKTIVA 27
apraclonidine 64
aprepitant 19
apri 60
APTIVUS 5
aranelle (28) 60
ARCALYST 23
AREXVY (PF) 25
arformoterol 84
ARIKAYCE 3
aripiprazole 49
ARISTADA 50
ARISTADA INITIO 49
armodafinil 50
arsenic trioxide 27
asenapine maleate 50
ASMANEX HFA 84
ASMANEX TWISTHALER 84
ASPARLAS 27
aspirin-dipyridamole 17

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

ASSURE ID INSULIN SAFETY 88
atazanavir 5
atenolol 14
atenolol-chlorthalidone 14
atomoxetine 50
atorvastatin 13
atovaquone 3
atovaquone-proguanil 3
atropine 65
aubra eq 60
AUGMENTIN 10
AUGTYRO 27
AUSTEDO 58
AUSTEDO XR 58
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 58
AUVELITY 50
aviane 60
AVMAPKI-FAKZYNJA 27
AVONEX 23
AVTOZMA 80
AVTOZMA AUTOINJECTOR 80
AYVAKIT 27
azacitidine 27
azathioprine 27
azathioprine sodium 27
azelaic acid 74
azelastine 59, 65
azilsartan medoxomil 14
azithromycin 9
aztreonam 3
azurette (28) 60

B

bacitracin-polymyxin b 64
baclofen 57
balsalazide 19
BALVERSA 27
BAQSIMI 77
BARACLUDE 5
BAVENCIO 27
BCG VACCINE, LIVE (PF) 25
BD PEN NEEDLE 88
BEIZRAY-ALBUMIN 27
BELEODAQ 27
BELSOMRA 50
benazepril 14
benazepril-hydrochlorothiazide 14
bendamustine 27
BENDEKA 27
BENLYSTA 80
benztropine 42
BESPONSA 27
BESREMI 23
BESREMI PEN 23
betaine 19
betamethasone dipropionate 71
betamethasone valerate 71
betamethasone, augmented .. 71
BETASERON 23
betaxolol 14, 64
bethanechol chloride 89
BEVESPI AEROSPHERE ... 84
bexarotene 27
BEXSERO 25
bicalutamide 27
BICILLIN L-A 10
BIKTARVY 5
bimatoprost 65
bismuth subcit k-metronidz-tcn 22
bisoprolol fumarate 14
bisoprolol-hydrochlorothiazide 14
BIXLENVO 5
BIZENGRI 27
BLENREP 27
bleomycin 27
BLINCYTO 27
BOMYNTRA 26
BONSITY 82
BOOSTRIX TDAP 25
bortezomib 28
BORTEZOMIB 28
bosentan 84
BOSULIF 28
bosutinib 28
BRAFTOVI 28
BREO ELLIPTA 84
breyna 84
BREZTRI AEROSPHERE ... 85
brimonidine 64
BRIUMVI 58
brivaracetam 45
bromfenac 64
bromocriptine 42
BRUKINSA 28
budesonide 19, 85
budesonide-formoterol 85
bumetanide 14
buprenorphine hcl 43
buprenorphine transdermal patch 43
buprenorphine-naloxone 44
bupropion hcl 50
bupropion hcl (smoking deter) 66
buspirone 50
busulfan 28
butorphanol 44
BYSANTI 50
BYSANTI TITRATION PACK A 50
BYSANTI TITRATION PACK B 50
BYSANTI TITRATION PACK C 51

C

CABENUVA 5
cabergoline 75
CABLIVI 17
CABOMETYX 28
caffeine citrate 66
calcipotriene 69
calcitonin (salmon) 75
calcitriol 76

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

calcium acetate(phosphat bind) 90
calcium chloride 90
calcium gluconate 90
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 28
camila 62
camrese 60
CAMZYOS 12
candesartan 14
candesartan-hydrochlorothiazid 14
CAPLYTA 51
CAPRELSA 28
captopril 14
captopril-hydrochlorothiazide 14
carbamazepine 45, 46
carbidopa 42
carbidopa-levodopa 42
carbidopa-levodopa-entacapone 42
carboplatin 28
carglumic acid 66
carmustine 28
carteolol 64
cartia xt 14
carvedilol 14
caspofungin 2
CAYSTON 3
cefaclor 7, 8
cefadroxil 8
cefazolin 8
cefazolin in dextrose (iso-os) . 8
cefdinir 8
cefepime 8
cefepime in dextrose,iso-osm .. 8
cefixime 8
cefoxitin 8
cefoxitin in dextrose, iso-osm . 8
cefpodoxime 8
cefprozil 8
ceftaroline fosamil 8
ceftazidime 8
ceftriaxone 8
ceftriaxone in dextrose,iso-os . 8
cefuroxime axetil 8
cefuroxime sodium 8
celecoxib 44
cephalexin 8, 9
CEPROTIN (BLUE BAR) ... 17
CEPROTIN (GREEN BAR) 17
CEQUR SIMPLICITY 88
CEQUR SIMPLICITY INSERTER 88
cetirizine 83
cevimeline 66
CHEMET 66
chlorhexidine gluconate 59
chloroprocaine (pf) 72
chloroquine phosphate 3
chlorothiazide sodium 14
chlorpromazine 51
chlorthalidone 14
cholestyramine (with sugar) . 13
cholestyramine light 13
ciclodan 68
ciclopirox 69
cidofovir 5
cilostazol 17
CIMDUO 5
CIMERLI 65
CIMZIA 19
CIMZIA POWDER FOR RECONST 19
CIMZIA STARTER KIT 19
cinacalcet 76
CINRYZE 85
CINVANTI 19
ciprofloxacin 10
ciprofloxacin hcl 10, 60, 64
ciprofloxacin in 5 % dextrose 10
ciprofloxacin-dexamethasone 60
cisplatin 28
citalopram 51
cladribine 28
claravis 74
clarithromycin 9
clindamycin hcl 3
clindamycin in 5 % dextrose ... 3
clindamycin phosphate 3, 63, 74
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 91
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 91
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 66
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) .. 91
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 91
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) .. 91
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) .. 91
clobazam 46
clobetasol 71
clobetasol-emollient 71
clofarabine 28
clomid 76
clomiphene citrate 76
clomipramine 51
clonazepam 46
clonidine (pf) 14, 44
clonidine hcl 14, 51
clonidine transdermal patch . 14
clopidogrel 17
clorazepate dipotassium 51
clotrimazole 2, 69
clotrimazole-betamethasone . 69
clozapine 51
COARTEM 3
COBENFY 51
COBENFY STARTER PACK 51

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

colchicine 82
colesevelam 13
colestipol 13
colistin (colistimethate na) 3
COLUMVI 28
COMBIVENT RESPIMAT . 85
COMETRIQ 28
compro 19
conjugated estrogens 62
constulose 19
COPIKTRA 28
cortisone 74
COSENTYX 69, 70
COSENTYX (2 SYRINGES) 69
COSENTYX PEN 69
COSENTYX PEN (2 PENS) 69
COSENTYX UNOREADY PEN 70
COTELLIC 29
CREON 19
CRESEMBA 2
cromolyn 19, 65, 85
cryselle (28) 60
CRYSVITA 76
cyclobenzaprine 57
cyclophosphamide 29
CYCLOPHOSPHAMIDE 29
cyclosporine 29, 65
cyclosporine modified 29
CYRAMZA 29
cyred eq 60
CYSTAGON 89
CYSTARAN 66
cytarabine 29
cytarabine (pf) 29
D
d10 %-0.45 % sodium chloride 66
d2.5 %-0.45 % sodium chloride 66
d5 % and 0.9 % sodium chloride 66
d5 %-0.45 % sodium chloride 66
dabigatran etexilate 17
dacarbazine 29
dactinomycin 29
dalfampridine 58
danazol 76
dantrolene 57
DANYELZA 29
DANZITEN 29
dapagliflozin 77
dapagliflozin-metformin 77
dapsone 3
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 25
daptomycin 3
DAPTOMYCIN 3
darunavir 5
DARZALEX 29
DARZALEX FASPRO 29
dasatinib 29
dasetta 1/35 (28) 60
dasetta 7/7/7 (28) 60
DATROWAY 29
daunorubicin 29
DAURISMO 29
daysee 60
deblitane 62
decitabine 29
DECNUPAZ 29
deferasirox 66, 67
deferiprone 67
deferoxamine 67
DELSTRIGO 5
demeclocycline 11
denta 5000 plus 59
dentagel 59
DEPO-SUBQ PROVERA 104 62
dermacinrx lidocan 72
DESCOVY 5
desipramine 51
desmopressin 76
desog-e.estradiol/e.estradiol 60
desonide 71
desvenlafaxine succinate 51
dexamethasone 74
dexamethasone intensol 74
dexamethasone sodium phos (pf) 74
dexamethasone sodium phosphate 65, 74
dexrazoxane hcl 26
dextroamphetamine-amphetamine 51
dextromethorphan-quinidine 58
dextrose 10 % and 0.2 % nacl 67
dextrose 10 % in water (d10w) 67
dextrose 25 % in water (d25w) 67
dextrose 5 % in water (d5w) . 67
dextrose 5 %-lactated ringers 67
dextrose 5%-0.2 % sod chloride 67
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride 67
dextrose 50 % in water (d50w) 67
dextrose 70 % in water (d70w) 67
DIACOMIT 46
diazepam 46, 51
diazepam intensol 51
diazoxide 77
diclofenac potassium 44
diclofenac sodium 44, 64, 72
diclofenac-misoprostol 44
dicloxacillin 10
dicyclomine 22
diflunisal 45
digoxin 12
dihydroergotamine 57
DILANTIN 30 MG 46

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

diltiazem hcl 14, 15
dilt-xr 15
dimenhydrinate 19
dimethyl fumarate 58
diphenhydramine hcl 83
diphenoxylate-atropine 22
dipyridamole 17
disulfiram 67
divalproex 46
dobutamine 12
dobutamine in d5w 12
docetaxel 29
dofetilide 11
donepezil 58
dopamine 12
dopamine in 5 % dextrose 12
DOPTELET (10 TAB PACK) 17
DOPTELET (15 TAB PACK) 17
DOPTELET (30 TAB PACK) 17
DOPTELET SPRINKLE 17
dorzolamide 65
dorzolamide-timolol 65
dotti 62
DOVATO 5
doxazosin 15
doxepin 51
doxercalciferol 76
doxorubicin 29, 30
doxorubicin, peg-liposomal 30
doxy-100 11
doxycycline hyclate 11
doxycycline monohydrate 11
DRIZALMA SPRINKLE 51
dronabinol 20
droperidol 20
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 77
drospirenone-e.estradiol-lm.fa 60
drospirenone-ethinyl estradiol 60
DROXIA 30
droxidopa 67
DULERA 85
duloxetine 52
DUPIXENT PEN 72
DUPIXENT SYRINGE 73
dutasteride 89
dutasteride-tamsulosin 89
E
econazole nitrate 69
EDARBYCLOR 15
EDURANT PED 5
efavirenz 5
efavirenz-emtricitabin-tenofov 5
efavirenz-lamivu-tenofov disop 6
effer-k 90
ELAHERE 30
ELAPRASE 76
electrolyte-148 91
electrolyte-a 92
ELIGARD 30
ELIGARD (3 MONTH) 30
ELIGARD (4 MONTH) 30
ELIGARD (6 MONTH) 30
elinest 60
ELIQUIS 17
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 17
ELIQUIS SPRINKLE 18
ELITEK 26
ELMIRON 89
ELREXFIO 30
eltrombopag olamine 18
eluryng 63
ELZONRIS 30
EMGALITY PEN 57
EMGALITY SYRINGE 57
EMPLICITI 30
EMRELIS 30
EMSAM 52
emtricitabine 6
emtricitabine-tenofovir (tdf) 6
emtricita-rilpivirine-tenof df 6
EMTRIVA 6
EMVERM 3
emzahh 62
enalapril maleate 15
enalaprilat 15
enalapril-hydrochlorothiazide 15
ENBREL 80
ENBREL MINI 80
ENBREL SURECLICK 80
endocet 43
ENGERIX-B (PF) 25
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 25
enoxaparin 18
ENSACOVE 30
enskyce 60
entacapone 42
entecavir 6
ENTRESTO SPRINKLE 12
ENTYVIO 20
ENTYVIO PEN 20
enulose 20
ENVARSUS XR 30
EPIDIOLEX 46
epinastine 66
epinephrine 83
EPKINLY 30
eplerenone 15
ERBITUX 30
ergotamine-caffeine 57
eribulin 30
ERIVEDGE 30
ERLEADA 30
erlotinib 30
errin 62
ertapenem 3
ery pads 74
ery-tab 9
erythromycin 9, 64

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

erythromycin ethylsuccinate...9
erythromycin with ethanol....74
escitalopram oxalate 52
eslicarbazepine.....46
esmolol 15
esomeprazole magnesium....22, 23
esomeprazole sodium 23
estarylla.....60
estradiol.....62
estradiol valerate.....62
*estradiol-norethindrone acet*62
eszopiclone 52
ethacrynate sodium 15
ethambutol.....3
ethosuximide.....46
etodolac 45
etonogestrel-ethinyl estradiol 63
ETOPOPHOS.....30
etoposide.....30
etravirine 6
EUCRISA.....73
EULEXIN.....30
everolimus (antineoplastic)..30
everolimus (immunosuppressive)..30, 31
EVOTAZ.....6
exemestane 31
EXXUA.....52
ezetimibe.....13
ezetimibe-simvastatin 13
F
FABRAZYME 76
falmina (28) 60
famciclovir.....6
famotidine.....23
famotidine (pf) 23
*famotidine (pf)-nacl (iso-os)*23
FANAPT 52
FANAPT TITRATION PACK A.....52
FANAPT TITRATION PACK B 52
FANAPT TITRATION PACK C 52
FARXIGA 77
FASENRA.....85
FASENRA PEN 85
FAVLYXA.....31
febuxostat.....82
felbamate 46
felodipine.....15
fenofibrate 13
fenofibrate micronized.....13
fenofibrate nanocrystallized.13
fenofibric acid.....13
fenofibric acid (choline) 13
fentanyl 43
FETZIMA.....52
fidaxomicin 9
FILSPARI.....12
finasteride.....89
fingolimod.....58
FINTEPLA 46
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 31
flecainide 11
floxuridine 31
fluconazole.....2
fluconazole in nacl (iso-osm) .2
flucytosine.....2
fludarabine 31
fludrocortisone 74
flumazenil 52
flunisolide 85
fluocinolone.....71
fluocinolone acetonide oil 60
*fluocinolone and shower cap*71
fluocinonide.....72
fluocinonide-emollient.....72
fluoride (sodium) 59, 92
fluorometholone.....65
fluorouracil.....31, 73
fluoxetine 52
fluphenazine decanoate 52
fluphenazine hcl.....52
flurbiprofen.....45
flurbiprofen sodium 64
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL.....85
fluticasone propionate....72, 85
FLUTICASONE PROPIONATE 85
fluticasone propion-salmeterol 85
fluvastatin 13
fluvoxamine.....52
fomepizole.....25
fondaparinux.....18
formoterol fumarate.....85
fosamprenavir.....6
fosaprepitant.....20
fosfomycin tromethamine.....2
fosinopril.....15
fosinopril-hydrochlorothiazide 15
fosphenytoin.....46
FOTIVDA.....31
FRUZAQLA.....31
FULPHILA.....23
fulvestrant.....31
furosemide 15
FYARRO.....31
fyavolv.....62
G
gabapentin 46
galantamine 58
gallifrey.....62
GAMASTAN 25
GAMUNEX-C.....25
ganciclovir sodium 6
GARDASIL 9 (PF).....25
gatifloxacin 64
GATTEX 30-VIAL 20
GATTEX ONE-VIAL 20
GAUZE PAD.....88
gavilyte-c 20

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

gavilyte-g 20
gavilyte-n 20
GAVRETO 31
GAZYVA 31
gefitinib 31
gemcitabine 31
gemfibrozil 13
GEMTESA 89
generlac 20
gengraf 31
gentamicin 3, 64, 68
gentamicin in nacl (iso-osm) .. 3
gentamicin sulfate (ped) (pf) .. 3
GENVOYA 6
GILOTRIF 31
glatiramer 58
glatopa 58
glimepiride 77
glipizide 77
glipizide-metformin 77
glutamine (sickle cell) 67
glycine urologic solution 89
glycopyrrolate 22
glycopyrrolate (pf) 22
glycopyrrolate (pf) in water . 22
glydo 73
GLYXAMBI 77
GOMEKLI 31, 32
GRAFAPEX 32
granisetron (pf) 20
granisetron hcl 20
griseofulvin microsize 2
griseofulvin ultramicrosize 2
GVOKE 77
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 78
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 78
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 78
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 78

H

HADLIMA 80
HADLIMA PUSHTOUCH .. 80
HADLIMA(CF) 80
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 81
halobetasol propionate 72
haloperidol 52
haloperidol decanoate 53
haloperidol lactate 53
HAVRIX (PF) 25
heather 62
heparin (porcine) 18
heparin (porcine) in 5 % dex 18
heparin (porcine) in nacl (pf) 18
heparin(porcine) in 0.45% nacl 18
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL 18
heparin, porcine (pf) 19
HEPARIN, PORCINE (PF) . 19
HEPLISAV-B (PF) 25
HERNEXEOS 32
HIBERIX (PF) 25
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 78
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 78
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 78
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 78
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN 78
HUMALOG U-100 INSULIN 78
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 78
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 78
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 78
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 78
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN 78
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 78
hydralazine 15
hydrochlorothiazide 15
hydrocodone-acetaminophen 43
hydrocodone-ibuprofen 43
hydrocortisone 20, 72, 74
hydrocortisone-acetic acid ... 60
hydromorphone 43
hydromorphone (pf) 43
hydroxychloroquine 3
hydroxyurea 32
hydroxyzine hcl 83
HYPERHEP B 25
HYPERHEP B NEONATAL 25
HYRNUO 32

I

ibandronate 82
IBRANCE 32
IBTROZI 32
ibu 45
ibuprofen 45
ibutilide fumarate 11
icatibant 85
ICLUSIG 32
icosapent ethyl 13
ICOTYDE 70
idarubicin 32
IDHIFA 32
IDVYNSO 6
ifosfamide 32
ILARIS (PF) 24
imatinib 32
IMBRUVICA 32
IMDELLTRA 32
IMFINZI 32
imipenem-cilastatin 3
imipramine hcl 53

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

imiquimod 73
IMJUDO 32
IMKELDI 32
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 25
IMPAVIDO 3
IMVEXXY MAINTENANCE PACK 62
IMVEXXY STARTER PACK 62
INBRIJA 42
incassia 62
INCRELEX 67
indapamide 15
INFANRIX (DTAP) (PF) 25
INFLIXIMAB 20
INGREZZA 58
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 58
INGREZZA SPRINKLE 58
INLEXZO 32
INLURIYO 32
INLYTA 33
INPEFA 78
INQOVI 33
INREBIC 33
INSULIN LISPRO 78
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO 78
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 88
INTELENCE 6
intralipid 92
introvale 60
INVEGA HAFYERA 53
INVEGA SUSTENNA 53
INVEGA TRINZA 53
IPOL 25
ipratropium bromide 59, 85
ipratropium-albuterol 86
irbesartan 15
irbesartan-hydrochlorothiazide 15
irinotecan 33
ISENTRESS 6
ISENTRESS HD 6
isibloom 60
ISOLYTE S PH 7.4 92
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 92
ISOLYTE-S 92
isoniazid 3
isosorbide dinitrate 13
isosorbide mononitrate 13
isosorbide-hydralazine 15
isotretinoin 74
isradipine 15
ISTODAX 33
ITOVEBI 33
itraconazole 2
ivabradine 12
ivermectin 3
IWILFIN 33
IXEMPRA 33
IXIARO (PF) 25
J
JAKAFI 33
JAKAFI XR 33
jantoven 19
JARDIANCE 78
jasmiel (28) 61
JAYPIRCA 33
JEMPERLI 33
jencycla 63
JEVTANA 33
JIDEYTRO 33
jinteli 63
jolessa 61
JOURNAVX 45
JUBBONTI 82
juleber 61
JULUCA 6
JYLAMVO 33
JYNNEOS (PF) 25
K
KADCYLA 33
kalliga 61
KALYDECO 86
KANUMA 76
kariva (28) 61
kelnor 1/35 (28) 61
KERENDIA 15
KESIMPTA PEN 58
ketoconazole 2, 69
ketorolac 64
KEVZARA 81
KEYTRUDA 33
KEYTRUDA QLEX 33
KHAPZORY 26
KIMMTRAK 33
KINERET 81
KINRIX (PF) 25
kionex 67
KIRSTY 78
KIRSTY PEN 78
KISQALI 33, 34
klayesta 69
klor-con 10 90
klor-con 8 90
klor-con m10 90
klor-con m15 90
klor-con m20 90
klor-con oral packet 20 90
KLOXXADO 45
KOMZIFTI 34
KOSELUGO 34
kourzeq 59
K-PHOS NO 2 89
K-PHOS ORIGINAL 89
KRAZATI 34
kurvelo (28) 61
KYPROLIS 34
L
l norgest/e.estradiol-e.estrad 61
labetalol 15
lacosamide 46, 47
lactated ringers 68, 90
lactulose 20
lamivudine 6

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

lamivudine-zidovudine 6
lamotrigine 47
lanreotide 34
lansoprazole 23
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 78
LANTUS U-100 INSULIN 78
lapatinib 34
larin 1.5/30 (21) 61
larin 1/20 (21) 61
larin 24 fe 61
larin fe 1.5/30 (28) 61
larin fe 1/20 (28) 61
latanoprost 65
LAZCLUZE 34
leflunomide 81
lenalidomide 34
LENVIMA 34
LEQEMBI IQLIK 58
lessina 61
letrozole 34
leucovorin calcium 26
LEUKERAN 34
LEUKINE 24
leuprolide 34
levetiracetam 47
LEVETIRACETAM 47
levetiracetam in nacl (iso-os) 47
levobunolol 64
levocarnitine 67
levocarnitine (with sugar) 67
levocetirizine 83
levofloxacin 11, 64
levofloxacin in d5w 10
levoleucovorin calcium 26
levonest (28) 61
levonorgestrel-ethinyl estrad 61
levonorg-eth estrad triphasic 61
levothyroxine 75
levoxyl 75
LIBTAYO 34
lidocaine 73
lidocaine (pf) 11, 73
lidocaine hcl 73
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 11
lidocaine-epinephrine 73
lidocaine-epinephrine (pf) 73
lidocaine-prilocaine 73
lidocan iii 73
lidocan iv 73
lidocan v 73
LIFYORLI 34
LILETTA 63
lincomycin 3
linezolid 3
linezolid in dextrose 5% 3
LINZESS 20
liomny 75
LIORESAL 57
liothyronine 75
lisinopril 15
lisinopril-hydrochlorothiazide 15
lithium carbonate 53
lithium citrate 53
LIVDELZI 20
LIVTENCITY 6
LOKELMA 67
lomustine 34, 35
LONSURF 35
loperamide 22
lopinavir-ritonavir 6
LOQTORZI 35
lorazepam 53, 54
lorazepam intensol 54
LORBRENA 35
loryna (28) 61
losartan 15
losartan-hydrochlorothiazide 15
loteprednol etabonate 65
lovastatin 13
loxapine succinate 54
lo-zumandimine (28) 61
lubiprostone 20
LUMAKRAS 35
LUMIZYME 76
LUNSUMIO 35
LUNSUMIO VELO 35
LUPRON DEPOT 35
lurasidone 54
lurbiro 45
lutera (28) 61
LYBALVI 54
lyleq 63
lyllana 63
LYNOZYFIC 35
LYNPARZA 35
LYSODREN 35
LYTGOBI 35
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 79
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 79
LYUMJEV U-100 INSULIN 79
lyza 63

M

macitentan 86
magnesium chloride 90
magnesium sulfate 90
MAGNESIUM SULFATE IN D5W 90
magnesium sulfate in water 90
malathion 72
mannitol 20 % 15
mannitol 25 % 15
maraviroc 6
marlissa (28) 61
MARPLAN 54
MATULANE 35
MAVYRET 6
meclizine 20
medroxyprogesterone 63
mefloquine 3
megestrol 35
MEKINIST 35

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

MEKTOVI 35
meleya 63
meloxicam 45
melphalan hcl 35
memantine 59
memantine-donepezil 59
MENQUADFI (PF) 25
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 25
MEPSEVII 76
mercaptopurine 35
meropenem 3, 4
mesalamine 20
mesalamine with cleansing wipe 20
mesna 26
metformin 79
methadone 43, 44
methadone intensol 43
methadose 44
methazolamide 65
methenamine hippurate 2
methenamine mandelate 2
methimazole 74
methotrexate sodium 36
methotrexate sodium (pf) 36
methoxsalen 73
methsuximide 47
methylergonovine 63
methylphenidate hcl 54
methylprednisolone 75
methylprednisolone acetate 74
methylprednisolone sodium succ 75
metoclopramide hcl 20
metolazone 16
metoprolol succinate 16
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 16
metoprolol tartrate 16
metronidazole 4, 63, 74
metronidazole in nacl (iso-os) 4
metyrosine 16
mexiletine 11
micafungin 2
microgestin 1.5/30 (21) 61
microgestin 1/20 (21) 61
microgestin fe 1.5/30 (28) 61
microgestin fe 1/20 (28) 61
midodrine 67
MIEBO (PF) 66
mifepristone 63, 76
mili 61
milnacipran 81
milophene 76
milrinone 12
milrinone in 5 % dextrose 12
mimvey 63
minocycline 11
minoxidil 16
miostat 65
mirabegron 89
mirtazapine 54
misoprostol 23
mitomycin 36
mitoxantrone 36
M-M-R II (PF) 25
modafinil 54
MODEYSO 36
moexipril 16
molindone 54
mometasone 72, 86
mondoxyne nl 11
MONJUVI 36
mono-linyah 61
montelukast 86
morphine 44
morphine (pf) 44
morphine concentrate 44
MOUNJARO 79
moxifloxacin 11, 64
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 11
MRESVIA (PF) 25
MULTAQ 11
mupirocin 68
mycophenolate mofetil 36
mycophenolate mofetil (hcl) 36
mycophenolate sodium 36
MYFEMBREE 63
MYHIBBIN 36
MYLOTARG 36
N
nabumetone 45
nadolol 16
nafcillin 10
nafcillin in dextrose iso-osm 10
naftifine 69
NAGLAZYME 76
nalbuphine 45
naloxone 45
naltrexone 45
naproxen 45
naproxen sodium 45
naratriptan 57
NATACYN 64
nateglinide 79
NAYZILAM 47
nebivolol 16
nefazodone 54
nelarabine 36
NEMLUVIO 36
neomycin 4
neomycin-bacitracin-poly-hc 65
neomycin-bacitracin-polymyxin 64
neomycin-polymyxin b gu 68
neomycin-polymyxin b-dexameth 65
neomycin-polymyxin-gramicidin 64
neomycin-polymyxin-hc 60, 65
NERLYNX 36
NEUPRO 42
nevirapine 6
NEXLETOL 13
NEXLIZET 13
NEXPLANON 63
niacin 13

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

nicardipine 16
NICOTROL NS 66
nifedipine 16
nikki (28) 61
nilotinib hcl 36
nilutamide 36
nimodipine 16
NINLARO 36
nintedanib 86
nitazoxanide 4
nitisinone 67
nitro-bid 13
nitrofurantoin macrocrystal ... 2
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 2
nitroglycerin 13, 14, 20
NIVESTYM 24
nora-be 63
norelgestromin-ethin.estradiol 63
norepinephrine bitartrate 12
norethindrone (contraceptive) 63
norethindrone acetate 63
norethindrone ac-eth estradiol 61, 63
norgestimate-ethinyl estradiol 61
nortrel 0.5/35 (28) 61
nortrel 1/35 (21) 61
nortrel 1/35 (28) 61
nortrel 7/7/7 (28) 61
nortriptyline 54
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 79
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 79
NOVOLIN N FLEXPEN 79
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 79
NOVOLIN R FLEXPEN 79
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 79
NUBEQA 36
NUCALA 86
NULOJIX 36
NUPLAZID 54
NURTEC ODT 57
nyamyc 69
nystatin 2, 69
nystatin-triamcinolone 69
nystop 69
NYVEPRIA 24

O

octreotide acetate 36
octreotide,microspheres 36
ODEFSEY 6
ODOMZO 37
OFEV 86
ofloxacin 60, 64
OGSIVEO 37
OJEMDA 37
OJJAARA 37
olanzapine 54
olmesartan 16
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 16
olmesartan-hydrochlorothiazide 16
omega-3 acid ethyl esters 13
omeprazole 23
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 88
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 88
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 88
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 88
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 88
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 88
OMNITROPE 24
ONCASPAR 37
ondansetron 21
ondansetron hcl 21
ondansetron hcl (pf) 21
ONIVYDE 37
ONUREG 37
OPDIVO 37
OPDIVO QVANTIG 37
OPDUALAG 37
OPIPZA 54
opium tincture 22
ORGOVYX 37
ORKAMBI 86
orquidea 63
ORSERDU 37
oseltamivir 6
osmitrol 20 % 16
OTEZLA 81
OTEZLA STARTER 81
OTEZLA XR 81
OTEZLA XR INITIATION 81
OTULFI 70
oxacillin 10
oxacillin in dextrose(iso-osm) 10
oxaliplatin 37
oxcarbazepine 47
OXERVATE 66
oxybutynin chloride 89
oxycodone 44
oxycodone-acetaminophen ... 44
OZEMPIC 79
OZURDEX 65

P

pacerone 11
paclitaxel 37
paclitaxel protein-bound 37
PADCEV 37
paliperidone 54
palonosetron 21
pamidronate 76
PANRETIN 73
pantoprazole 23
paricalcitol 76
paroxetine hcl 55

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

PAVBLU 66
PAXLOVID 6
pazopanib 37
PAZOPANIB 37
PEDIARIX (PF) 25
PEDVAX HIB (PF) 25
peg 3350-electrolytes 21
PEGASYS 24
peg-electrolyte 21
pellix 70
PEMAZYRE 37
pemetrexed disodium 37, 38
PEN NEEDLE, DIABETIC 88
PENBRAYA (PF) 25
penciclovir 71
penicillamine 81
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 10
penicillin g potassium 10
penicillin g sodium 10
penicillin v potassium 10
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 25
PENTACEL (PF) 25
pentamidine 4
pentobarbital sodium 55
pentoxifylline 19
perampanel 47
perindopril erbumine 16
periogard 59
PERJETA 38
permethrin 72
perphenazine 55
pfizerpen-g 10
phenelzine 55
phenobarbital 47
phenobarbital sodium 47
phentolamine 16
phenytoin 48
phenytoin sodium 48
phenytoin sodium extended 48
philith 61
PIFELTRO 7
pilocarpine hcl 66, 67
pimecrolimus 73
pimozide 55
pimtrea (28) 61
pindolol 16
pioglitazone 79
piperacillin-tazobactam 10
PIQRAY 38
pirfenidone 86
piroxicam 45
pitavastatin calcium 13
PIVOT INSULIN PUMP STARTER KIT 89
PIVOT SUPPLY KIT 89
PLEGRIDY 24
PLENAMINE 92
plerixafor 24
podofilox 73
POLIVY 38
polocaine 73
polocaine-mpf 73
polymyxin b sulf-trimethoprim 64
pomalidomide 38
POMALYST 38
portia 28 61
posaconazole 2
potassium acetate 90
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 90
potassium chloride 91
potassium chloride in 0.9%nacl 90
potassium chloride in 5 % dex 90
potassium chloride in lr-d5 90
potassium chloride in water 90
potassium chloride-0.45 % nacl 91
potassium chloride-d5-0.2%nacl 91
potassium chloride-d5-0.9%nacl 91
potassium citrate 89
potassium phosphate m-/d-basic 91
POTELIGEO 38
pralatrexate 38
PRALATREXATE 38
pramipexole 42
prasugrel hcl 19
pravastatin 13
praziquantel 4
prazosin 16
prednisolone 75
prednisolone acetate 65
prednisolone sodium phosphate 65, 75
prednisone 75
prednisone intensol 75
pregabalin 48
PREMARIN 63
premasol 10 % 92
PREMPHASE 63
PREMPRO 63
prenatal vitamin oral tablet 92
PREVYMIS 7
PREZCOBIX 7
PREZISTA 7
PRIFTIN 4
PRIMAQUINE 4
primidone 48
PRIMIDONE 48
PRIORIX (PF) 25
probenecid 82
probenecid-colchicine 82
procainamide 11
prochlorperazine 21
prochlorperazine edisylate 21
prochlorperazine maleate oral 21
PROCRIT 24
procto-med hc 21
proctosol hc 21
proctozone-hc 21
progesterone 63

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

progesterone micronized 63
PROGRAF 38
PROLASTIN-C 67
PROLIA 82
promethazine 83
propafenone 11
propranolol 16
propylthiouracil 74
PROQUAD (PF) 25
protamine 19
protriptyline 55
PULMOZYME 86
pyrazinamide 4
pyridostigmine bromide 57
pyrimethamine 4
PYZCHIVA (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) 70
Q
QINLOCK 38
QUADRACEL (PF) 25
quetiapine 55
quinapril 16
quinapril-hydrochlorothiazide 16
quinidine sulfate 12
quinine sulfate 4
QULIPTA 57
QVAR REDIHALER 86
R
RABAVERT (PF) 25
RADICAVA ORS 59
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 59
RALDESY 55
raloxifene 82
ramelteon 55
ramipril 16
ranolazine 12
rasagiline 42
reclipsen (28) 61
RECOMBIVAX HB (PF) 25
RELENZA DISKHALER 7
RELEUKO 24
relgaabi 48
RELISTOR 21
REMICADE 21
RENACIDIN 89
repaglinide 79
REPATHA 13
REPATHA SURECLICK 13
RETACRIT 24
RETEVMO 38
RETROVIR 7
REVCOVI 67
revonto 57
REVUFORJ 38
REXULTI 55
REYATAZ 7
REZDIFFRA 67
REZLIDHIA 38
REZUROCK 38
RHOPRESSA 65
ribavirin 7
rifabutin 4
rifampin 4
rilpivirine hcl 7
riluzole 67
rimantadine 7
ringer's 68, 91
RINVOQ 81
RINVOQ LQ 81
risedronate 67, 82
risperidone 55
risperidone microspheres 55
ritonavir 7
rivaroxaban 19
rivastigmine 59
rivastigmine tartrate 59
rizatriptan 57
ROCKLATAN 65
roflumilast 86
romidepsin 38
ROMVIMZA 39
ropinirole 42
rosuvastatin 13
ROTARIX 25
ROTATEQ VACCINE 25
roweepra 48
ROZLYTREK 39
RUBRACA 39
rufinamide 48
RUKOBIA 7
RUXIENCE 39
RYBELSUS 79
RYBREVANT 39
RYBREVANT FASPRO 39
RYDAPT 39
RYLAZE 39
RYTELO 39
S
sacubitril-valsartan 12
sajazir 86
salsalate 45
SANTYL 73
sapropterin 76
SARCLISA 39
SCEMBLIX 39
scopolamine base 21
SECUADO 55
selegiline hcl 42
selenium sulfide 70
sertraline 55, 56
setlakin 61
sevelamer carbonate 67
sf 59
sf 5000 plus 59
sharobel 63
SHINGRIX (PF) 25, 26
SIGNIFOR 39
sildenafil (pulmonary arterial hypertension) 86, 87
silver sulfadiazine 73
SIMLANDI(CF) 81
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 81
SIMULECT 39
simvastatin 13
sirolimus 39

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

SIRTURO....4
sitagliptin phos-metformin...79
sitagliptin phosphate....79
SKYRIZI....21, 70
sodium acetate....91
sodium benzoate-sod phenylacet....67
sodium bicarbonate....91
sodium chloride....67, 91
sodium chloride 0.45 %....91
sodium chloride 0.9 %....67
sodium chloride 3 % hypertonic....91
sodium chloride 5 % hypertonic....91
sodium fluoride 5000 dry mouth....60
sodium fluoride 5000 plus....60
sodium fluoride-pot nitrate...60
sodium oxybate....56
sodium phenylbutyrate....68
sodium phosphate....91
*sodium polystyrene sulfonate*68
sodium,potassium,mag sulfates....21
solifenacin....89
SOLIQUA 100/33....79
SOLTAMOX....39
SOMATULINE DEPOT....39
SOMAVERT....76
sorafenib....39
sotalol....12
sotalol af....12
SPIRIVA RESPIMAT....87
spironolactone....16
spironolacton-hydrochlorothiaz....16
SPRAVATO....56
sprintec (28)....61
SPRITAM....48
sps (with sorbitol)....68
ssd....73
STIOLTO RESPIMAT....87
STIVARGA....39
STREPTOMYCIN....4
STRIBILD....7
STRIVERDI RESPIMAT....87
SUBLOCADE....44
subvenite....48
SUBVENITE....48
SUCRAID....21
sucralfate....23
sulfacetamide sodium....66
sulfacetamide sodium (acne) 68
sulfacetamide-prednisolone..66
sulfadiazine....11
sulfamethoxazole-trimethoprim....11
sulfasalazine....22
sulindac....45
sumatriptan nasal....57
sumatriptan succinate....57
sunitinib malate....39
SUNLENCA....7
syeda....61
SYLVANT....39
SYMDEKO....87
SYMPAZAN....48
SYMPROIC....22
SYMTUZA....7
SYNJARDY....80
SYNJARDY XR....80

T

TABLOID....39
TABRECTA....39
tacrolimus....39, 74
tadalafil....89
tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg....87
TAFINLAR....39
TAGRISSO....39
TALVEY....39
TALZENNA....40
tamoxifen....40
tamsulosin....89
tarina fe 1-20 eq (28)....61
TARPEYO....75
tazarotene....74
tazicef....9
TECENTRIQ....40
TECENTRIQ HYBREZA....40
TECVAYLI....40
telmisartan....16
telmisartan-amlodipine....16
telmisartan-hydrochlorothiazid....16
TEMODAR....40
temsirolimus....40
TENIVAC (PF)....26
tenofovir disoproxil fumarate.7
TEPMETKO....40
terazosin....16
terbinafine hcl....2
terbutaline....87
terconazole....63
teriflunomide....59
teriparatide....82
testosterone....76, 77
testosterone cypionate....76
testosterone enanthate....76
tetrabenazine....59
tetracycline....11
TEVIMBRA....40
TEZSPIRE....87
THALOMID....40
theophylline....87
thioridazine....56
thiotepa....40
thiothixene....56
tiadylt er....16
tiagabine....48
TIBSOVO....40
ticagrelor....19
TICE BCG....26
TICOVAC....26
tigecycline....4
tilia fe....61
timolol maleate....16, 64, 65

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

tinidazole 4
TIVDAK 40
TIVICAY 7
TIVICAY PD 7
tizanidine 57
TOBI PODHALER 4
TOBRADEX 65
tobramycin 4, 64
tobramycin in 0.225 % nacl ... 4
tobramycin sulfate 4
tobramycin-dexamethasone .. 65
tofacitinib 81, 82
tolterodine 89
tolvaptan 77
tolvaptan (polycys kidney dis) 77
topiramate 48
topotecan 40
toremifene 40
torpenz 40
torsemide 16
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 80
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 80
TRADJENTA 80
tramadol 45
tramadol-acetaminophen 45
trandolapril 16
tranexamic acid 63
tranylcypromine 56
travasol 10 % 92
travoprost 65
TRAZIMERA 40
trazodone 56
TRELEGY ELLIPTA 87
TRELSTAR 40
TREMFYA 70, 71
TREMFYA ONE-PRESS 70
TREMFYA PEN 71
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) . 71
treprostinil sodium 17
tretinoin (antineoplastic) 40
tretinoin topical 74
triamcinolone acetonide 60, 72, 75
triamterene-hydrochlorothiazid 17
triderm 72
trientine 68
tri-estarylla 62
trifluoperazine 56
trifluridine 64
trihexyphenidyl 43
TRIJARDY XR 80
TRIKAFTA 87
tri-legest fe 62
tri-linyah 62
trilitas 74
tri-lo-estarylla 62
tri-lo-marzia 62
tri-lo-sprintec 62
trimethoprim 2
trimipramine 56
TRINTELLIX 56
tri-sprintec (28) 62
TRIUMEQ 7
TRIUMEQ PD 7
TRODELVY 40
TROGARZO 7
TROPHAMINE 10 % 92
trospium 89
TRULANCE 22
TRULICITY 80
TRUMENBA 26
TRUQAP 40
TUKYSA 40
TURALIO 40
turqoz (28) 62
TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR) 89
TWIIST RFL(INFUS-CSST-NDL-SYR) 89
TWIIST STARTER KIT 89
TWINRIX (PF) 26
TYENNE 82
TYENNE AUTOINJECTOR 82
TYMLOS 82
TYPHIM VI 26

U

UBRELVY 58
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 89
unithroid 75
UNITUXIN 40
UNLOXCYT 40
UPTRAVI 17
ursodiol 22

V

valacyclovir 7
VALCHLOR 74
valganciclovir 7
valproate sodium 48
valproic acid 48
valproic acid (as sodium salt) 48
valrubicin 40
valsartan 17
valsartan-hydrochlorothiazide 17
VALTOCO 48
valtya 62
vancomycin 5
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL 4
VANFLYTA 40
VAQTA (PF) 26
varenicline tartrate 66
VARIVAX (PF) 26
VARIZIG 26
VARUBI 22
VAXCHORA VACCINE 26
VECTIBIX 40
veletri 17
velivet triphasic regimen (28) 62
VELTASSA 68

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

VEMLIDY 7
VENCLEXTA 40, 41
VENCLEXTA STARTING PACK 41
venlafaxine 56
VEPPANU 41
verapamil 17
VERQUVO 12
VERSACLOZ 56
VERZENIO 41
vestura (28) 62
VIBATIV 5
VIBERZI 22
vienva 62
vigabatrin 49
vigadrone 49
vilazodone 56
VIMIZIM 77
VIMKUNYA (PF) 26
vinblastine 41
vincristine 41
vinorelbine 41
viorele (28) 62
VIRACEPT 7
VIREAD 7
VITRAKVI 41
VIVITROL 45
VIVOTIF 26
VONJO 41
VOQUEZNA DUAL PAK 23
VOQUEZNA TRIPLE PAK 23
VORANIGO 41
voriconazole 2
voriconazole-hpbcd 2
VOSEVI 7
VOWST 22
VRAYLAR 56
VUMERITY 59
VYLOY 41
VYNDAMAX 12
VYVGART 57
VYVGART HYTRULO 57
VYXEOS 41

W

warfarin 19
water for irrigation, sterile 68
WEGOVY 68
WELIREG 41
wera (28) 62
wescap-pn dha 92
WINREVAIR 87
wixela inhub 87
WYOST 26

X

XALKORI 41
XARELTO 19
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 19
XCOPRI 49
XCOPRI MAINTENANCE PACK 49
XCOPRI TITRATION PACK 49
XDEMVY 66
XEMBIFY 26
XERMELO 41
XIAFLEX 68
XIFAXAN 5
XIIDRA 66
XOFLUZA 7
XOLAIR 87, 88
XOSPATA 41
XPOVIO 41
XTANDI 41, 42
xulane 63

Y

YERVOY 42
YESINTEK 71
YF-VAX (PF) 26
YONDELIS 42
yulithira 42
YUTREPIA 88
yuvafem 63

Z

zafemy 63
zafirlukast 88
zaleplon 56
ZALTRAP 42
ZEJULA 42
ZELBORAF 42
zenatane 74
ZENBEXUS 42
ZENPEP 22
ZEPOSIA 59
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) 59
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) 59
ZEPZELCA 42
zidovudine 7
ZIIHERA 42
ziprasidone hcl 56
ziprasidone mesylate 56
ZIRABEV 42
ZIRGAN 64
ZOLADEX 42
zoledronic acid 77
zoledronic acid-mannitol-water 68
ZOLINZA 42
zolpidem 56
ZONISADE 49
zonisamide 49
zovia 1-35 (28) 62
ZTALMY 49
zumandimine (28) 62
ZURZUVAE 56
ZYDELIG 42
ZYKADIA 42
ZYMFENTRA 22
ZYNLONTA 42
ZYNYZ 42
ZYPREXA RELPREVV 56, 57

Al principio de la tabla encontrará información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas que se usan en esta. Si tienes preguntas, por favor llama a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2026.

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 al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711).

Отримайте безкоштовну допомогу своєю мовою з перекладачами та іншими письмовими матеріалами. Отримайте безкоштовні засоби допомоги та підтримку, якщо Ви є особою з інвалідністю. Телефонуйте за номером 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 або 711).

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

तपाईंकै भाषामा दोभाषे तथा अन्य लिखित सामग्रीहरू निःशुल्क प्राप्त गर्नुहोस्। तपाईंसँग असक्षमता छ भने निःशुल्क सहायताहरू तथा समर्थन प्राप्त गर्नुहोस्। 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 वा 711) मा फोन गर्नुहोस्

احصل على مساعدة مجانية بلغتك من خلال المترجمين الفوريين والمواد المكتوبة الأخرى. احصل على مساعدات مجانية ودعم مجاني إذا كنت تعاني من إعاقة. اتصل على الرقم(711 أو 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711

Получите бесплатную помощь на своём языке с переводчиками и другими письменными материалами. Получите бесплатные вспомогательные средства и поддержку, если Вы являетесь лицом с инвалидностью. Звоните по номеру 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 или 711).

Ka hel caawimo bilaash ah luqadaada leh turjubaano iyo agab kale oo qoran.
Hel gargaar iyo taageero bilaash ah haddii aad naafo tahay Wac 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ama 711).

Obtenez gratuitement de l’aide dans votre langue au moyen d’interprètes et de documentation écrite. Obtenez des aides et un soutien gratuits si vous avez un handicap. Appelez le 1-855-475-3163 (ATS: 1-833-711-4711 ou 711).

Habwa ubufasha mu rurimi rwawe kubuntu ubifashijwemo n'abasemuzi hamwe n'inyandiko. Habwa ubufasha n'inkunga ku buntu nimba ufite ubumuga. Call 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 cyangwa 711).

Pata msaada wa bure katika lugha yako pamoja na wakalimani na maandishi mengine. Pata usaidizi na msaada bila malipo kama una ulemavu. Piga simu 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 au 711).

Og‘zaki tarjimonlar va boshqa yozma materiallar orqali o‘z ona tilingizda bepul yordam oling. Agar nogironligingiz bo‘lsa, bepul yordam va ko‘mak oling. 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 yoki 711) raqamiga qo‘ng‘iroq qiling.

د شفاهي ژباړونکو او نورو لیکل شویو موادو له لارې په خپله ژبه کې وړیا مرسته ترلاسه کړئ. وړیا مرستې او ملاتړ ترلاسه کړئ که تاسو معلولیت لرئ.(711 یا 1-833-711-4711 :TTY) 1-855-475-3163 ته زنګ ووهئ.

Tercüman desteği ve diğer yazılı materyallerden yararlanarak kendi dilinizde ücretsiz yardım alın. Engeliniz varsa ücretsiz yardım ve destek alın. Destek Hattımız: 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 veya 711).

برای دریافت کمک رایگان به زبان خود با مترجمان و دیگر مواد کتبی تماس بگیرید. برای دریافت کمک‌ها و حمایت رایگان درصورت داشتن معلولیت اقدام کنید. به این شماره ها تماس بگیرید(711 یا 1-833-711-4711 :TTY) 1-855-475-3163.

Nhận trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị qua thông dịch viên và các tài liệu dạng văn bản khác. Nhận hỗ trợ và trợ giúp miễn phí nếu quý vị là người khuyết tật. Gọi số 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 hoặc 711).

H6396_OH-SNP-M-6113168_C ODM Approved: 9/22/2026



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

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 10/01/2026. 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**.

H6396_OH-SNP-M-5871797_C-V.1-SPA Aprobado por CMS/ODM: 9/17/2026
© 2026 CareSource. Todos los derechos reservados.