



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

2023

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

Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al:

1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711),

de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

[CareSource.com/MyCare](https://www.caresource.com/MyCare)

Mensaje importante acerca de lo que paga por vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para Afiliados si desea obtener más información.

ID. del formulario: 00023541 N.º de versión: 16
Actualizado el 12/1/2023

CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) 2023

Introducción

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

Índice

A. Exenciones de responsabilidad	iii
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	iv
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (A la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> la llamamos “Lista de medicamentos”, para abreviar).	iv
B2. ¿Alguna vez cambia la Lista de medicamentos?.....	iv
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos?	v
B4. ¿Existen restricciones o limitaciones con respecto a la cobertura de medicamentos o es necesario realizar otras acciones para obtener determinados medicamentos?	vi
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay acciones necesarias que tomar para obtener el medicamento?	vii
B6. ¿Qué sucede si CareSource MyCare Ohio cambia las reglas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización o aprobación previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?.....	vii
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	vii
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no está en la Lista de medicamentos?	viii
B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo a CareSource MyCare Ohio y no puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos o tengo un problema para obtenerlo?	viii
B10. ¿Puedo pedir que se haga una excepción y cubran el medicamento?	ix



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo.
Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare**.

B11. ¿Cómo puedo pedir que se haga una excepción?	x
B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción?	x
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	x
B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?	x
B15. ¿Cubre CareSource MyCare Ohio productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	xi
B16. ¿Cuál es mi copago?	xi
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	xi
C. Medicamentos agrupados por afección médica.....	xii
D. Índice de medicamentos cubiertos	262



A. Exenciones de responsabilidad

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

- ❖ CareSource MyCare Ohio es un plan de salud que celebra contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionarles a los afiliados los beneficios de ambos programas.
- ❖ Siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de CareSource MyCare Ohio en **CareSource.com/MyCare**.
- ❖ ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** or **711**), 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. The call is free.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español, tiene disponibles los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratis.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como impreso con letra grande, en braille o en audio. Llame al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
- ❖ Para solicitar este documento en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, tanto ahora como en el futuro, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.
- ❖ Si desea revisar los materiales en un formato alternativo, infórmeselo a nuestro departamento de Servicios para Afiliados. Tenemos manuales para afiliados, nuestro aviso anual de cambio, formularios, el resumen de beneficios, los directorios de proveedores/ farmacias y algunas cartas disponibles en español. También podemos enviarle estos documentos y otros materiales en diferentes formatos a pedido. Llame a nuestro departamento de Servicios para Afiliados para obtener ayuda al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (A la *Lista de medicamentos cubiertos* la llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar).

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

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

También puede ver una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare** o si llama a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**).

B2. ¿Alguna vez cambia la Lista de medicamentos?

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

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

- Decidir exigir o no una autorización previa (PA) o aprobación para un medicamento. (Una aprobación previa es un permiso de CareSource MyCare Ohio antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamado “límites a la cantidad del medicamento”).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

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

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

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

- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de CareSource MyCare Ohio en **CareSource.com/MyCare**.
- También puede llamar a Servicios para Afiliados para consultar la Lista de medicamentos al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**).

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

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

- **Sale a la venta un nuevo medicamento genérico.** En ocasiones, sale al mercado un medicamento genérico nuevo que es tan efectivo como el medicamento de marca que figura en la Lista de medicamentos actualmente. En estos casos, podemos retirar el medicamento de marca de la lista y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento no se modificará. Cuando incorporamos un medicamento genérico nuevo, también podemos decidir conservar el medicamento de marca en la lista, pero cambiaremos sus reglas o limitaciones de cobertura.
 - Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a dichos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que debe tomar para solicitar una excepción. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) advierte que un medicamento que usted toma no es seguro, o el fabricante del medicamento saca un medicamento del mercado, lo retiraremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informaremos. Comuníquese con el médico que receta si se le notifica esto.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

- la FDA brinda nuevos lineamientos o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;
- agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado; **y**
 - reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos; **o**
 - cambiamos los límites o las reglas de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se efectúen dichos cambios, nosotros:

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

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

- si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar; **o**
- Si debiese solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.

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

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

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted o su médico, u otra persona que receta, deben obtener una aprobación de CareSource MyCare Ohio antes de hacer surtir la receta. Es posible que CareSource MyCare Ohio no cubra el medicamento si usted no obtiene la aprobación correspondiente.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, CareSource MyCare Ohio limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia escalonada:** En ocasiones, CareSource MyCare Ohio exige que usted siga una terapia escalonada. Esto significa que usted debe probar medicamentos en



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

determinado orden para su afección médica. Puede que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico piensa que el primer medicamento no produce el efecto esperado, entonces cubriremos el segundo.

- **Cobertura según indicación:** Si CareSource MyCare Ohio cubre un medicamento solo para algunas afecciones médicas, lo identificaremos claramente en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que tengan cobertura.

Para averiguar si su medicamento tiene requerimientos o limitaciones adicionales, consulte las tablas de las páginas 2-261. También puede obtener más información en nuestro sitio web: **CareSource.com/MyCare**. 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.

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

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

La tabla de medicamentos de la página 2 tiene una columna llamada “*Acciones necesarias, restricciones o límites de uso*”.

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

En ciertos casos, le avisaremos con antelación si incorporamos o modificamos una autorización previa, límites de cantidad o restricciones en la terapia escalonada de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y situaciones en las que no podamos informarle con anticipación cuando haya cambios en nuestras reglas sobre los medicamentos contemplados en la Lista de medicamentos.

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

Existen dos formas de encontrar un medicamento:

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

Para buscar **por orden alfabético**, diríjase a la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarlo en la sección del Índice al final del formulario.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección llamada “Lista de medicamentos por afección médica” de la página xxi. Los medicamentos de esta sección se encuentran agrupados por categorías dependiendo del tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, si usted sufre una cardiopatía, debe consultar la categoría “Diuréticos: medicamentos para tratar cardiopatías”. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

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

Si no ve su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**) y pregunte por él. Si se entera de que CareSource MyCare Ohio no cubre un medicamento, puede hacer una de estas cosas:

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

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

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

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

Cubriremos el suministro de 30 días de su medicamento si:

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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 emergencia de 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta por menos días), sea usted o no un afiliado nuevo a CareSource MyCare Ohio.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días de su afiliación a CareSource MyCare Ohio.
 - beneficiarios que ingresan en instituciones de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) con una lista de medicamentos para el alta del formulario del hospital con una planificación a muy corto plazo (a menudo, menos de 8 horas);
 - beneficiarios que ingresan o son dados de alta de un hospital a un hogar de ancianos;
 - beneficiarios que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (en la cual los pagos incluyen todos los costos de farmacia) y que necesitan volver al formulario del plan de la Parte D;
 - beneficiarios que dejan su estado de hospicio para regresar a los beneficios estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare;
 - beneficiarios que finalizan su estadía en un centro de atención a largo plazo y regresan a la comunidad; y
 - beneficiarios que han sido dados de alta de neuropsiquiátricos con regímenes de medicamentos que son sumamente personalizados.
- Para residentes de centros de atención a largo plazo (LTC), la farmacia debe llamar al Centro de ayuda de farmacias del Administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) para obtener una anulación para presentar una solicitud de surtido de transición de Nivel de atención.
 - En el caso de residentes de centros de atención a largo plazo, la farmacia debe presentar un código de clarificación de presentación para permitir los surtidos de transición y anular los rechazos por surtidos antes de tiempo para las admisiones de pacientes nuevos.
 - Cuando un afiliado es ingresado o dado de alta de un centro de atención a largo plazo (LTC), el Administrador de beneficios de farmacia (PBM), en nombre de CareSource MyCare Ohio, permite que el afiliado acceda a un nuevo surtido cuando es ingresado o dado de alta.

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

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

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

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

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

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

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y no tienen nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

CareSource MyCare Ohio cubre tanto medicamentos de marca como genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?

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

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

B15. ¿Cubre CareSource MyCare Ohio productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?

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

Algunos ejemplos de productos OTC que no son medicamentos incluyen toallitas con alcohol o repelente para insectos.

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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del nivel 2 son medicamentos de marca.
- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos cubiertos por Medicaid y medicamentos de venta libre.

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



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

C. Medicamentos agrupados por afección médica

Los medicamentos de esta sección se encuentran agrupados por categorías dependiendo del tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, si usted sufre una cardiopatía, debe consultar la categoría “Diuréticos: medicamentos para tratar cardiopatías”. Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

La siguiente lista de medicamentos cubiertos le brinda información sobre los medicamentos con cobertura por parte de CareSource MyCare Ohio. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 262. El índice menciona por orden alfabético todos los medicamentos cubiertos por CareSource MyCare Ohio.

En la primera columna de la tabla se muestra el nombre del medicamento. Los nombres de los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej. COUMADIN), y los medicamentos genéricos se muestran en minúsculas cursivas (p. ej. *warfarina sódica*).

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

Nota: El ADD que está al lado de un medicamento significa que el medicamento no pertenece a la Parte D. El monto que usted paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para cobertura catastrófica).

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

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

- Estos medicamentos tienen distintas reglas de apelación. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión sobre una cobertura y de pedirnos que la cambiemos, si cree que cometimos un error. Por ejemplo: nosotros podemos decidir que un medicamento que desea no está cubierto o ya no está cubierto bajo Medicare o Medicaid.

Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Para solicitar instrucciones sobre cómo presentar una apelación, llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**). También puede leer el Capítulo 9, sección D, *Decisiones de cobertura y apelaciones* del *Manual del Afiliado* para obtener información sobre cómo apelar una decisión.



Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: **1-800-750-0750** o **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son sin cargo. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

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

Lista de abreviaturas

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

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

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

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

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.

** Algunos medicamentos denominados medicamentos de especialidad están limitados a un suministro máximo de 30 días por surtido.*

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ANTI - INFECTIVES		
ANTIFUNGAL AGENTS		
ABELCET	2	B/D PA
<i>amphotericin b</i>	1	B/D PA; MO
<i>casprofungin</i>	1	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	1	MO
CRESEMBA	2	PA
<i>fluconazole</i>	1	MO
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	PA
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
<i>flucytosine</i>	1	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	1	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	1	MO
<i>itraconazole oral capsule</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>itraconazole oral solution</i>	1	MO
<i>ketoconazole oral</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>micafungin</i>	1	MO
<i>nystatin oral</i>	1	MO
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	PA; MO; QL (96 per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral</i>	1	MO
<i>voriconazole</i>	1	PA; MO
ANTIVIRALS		
<i>abacavir</i>	1	MO
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	MO
<i>acyclovir oral capsule</i>	1	MO
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>acyclovir oral tablet</i>	1	MO
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>adefovir</i>	1	MO
<i>amantadine hcl</i>	1	MO
APRETUDE	2	MO
APTIVUS	2	MO
<i>atazanavir</i>	1	MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION	2	MO
BIKTARVY	2	MO
CABENUVA	2	MO
<i>cidofovir</i>	1	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CIMDUO	2	MO
COMPLERA	2	MO
<i>darunavir ethanolate</i>	1	MO
DELSTRIGO	2	MO
DESCOVY	2	MO
DOVATO	2	MO
EDURANT	2	MO
<i>efavirenz</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	1	MO
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	MO
<i>emtricitabine</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	1	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION	2	MO
<i>entecavir</i>	1	MO
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	2	PA; MO; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	2	PA; MO; QL (28 per 28 days)
<i>etravirine</i>	1	MO
EVOTAZ	2	MO
<i>famciclovir</i>	1	MO
<i>fosamprenavir</i>	1	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	2	MO
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA
GENVOYA	2	MO
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	2	PA; MO; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	2	PA; MO; QL (28 per 28 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	2	MO
ISENTRESS	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ISENTRESS HD	2	MO
JULUCA	2	MO
<i>lamivudine</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION	2	MO
<i>lopinavir-ritonavir</i>	1	MO
<i>maraviroc</i>	1	MO
<i>nevirapine oral suspension</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet</i>	1	MO
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	2	MO
ODEFSEY	2	MO
<i>oseltamivir</i>	1	MO
PIFELTRO	2	MO
PREVYMIS INTRAVENOUS	2	
PREVYMIS ORAL	2	MO; QL (30 per 30 days)
PREZCOBIX	2	MO
PREZISTA ORAL SUSPENSION	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG	2	MO
RELENZA DISKHALER	2	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	2	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	2	MO
<i>ribavirin oral capsule</i>	1	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>rimantadine</i>	1	MO
<i>ritonavir</i>	1	MO
RUKOBIA	2	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION	2	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	2	MO
STRIBILD	2	MO
SUNLENCA	2	
SYMTUZA	2	MO
SYNAGIS	2	MO; LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	MO
TIVICAY	2	MO
TIVICAY PD	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRIUMEQ	2	MO
TRIUMEQ PD	2	MO
TRIZIVIR	2	
TROGARZO	2	MO; LA
valacyclovir oral tablet 1 gram	1	MO; QL (120 per 30 days)
valacyclovir oral tablet 500 mg	1	MO; QL (60 per 30 days)
valganciclovir	1	MO
VEKLURY	2	
VEMLIDY	2	MO
VIRACEPT ORAL TABLET	2	MO
VIREAD ORAL POWDER	2	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	2	MO
VOSEVI	2	PA; MO; QL (28 per 28 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	2	MO
zidovudine	1	MO
CEPHALOSPORINS		
cefaclor oral capsule	1	MO
cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	1	
cefaclor oral tablet extended release 12 hr	1	MO
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 10 gram, 100 gram, 300 g	1	
cefazolin intravenous recon soln 1 gram	1	
cefdinir	1	MO
cefepime in dextrose, iso-osm	1	
cefepime injection	1	MO
cefixime	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cefboxitin in dextrose, iso-osm</i>	1	PA
<i>cefboxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefboxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>cefpodoxime</i>	1	MO
<i>cefprozil</i>	1	MO
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i>	1	PA
<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram</i>	1	
<i>ceftriaxone intravenous</i>	1	MO
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1	MO
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	PA; MO
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	1	PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 7.5 gram</i>	1	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>tazicef injection</i>	1	PA; MO
<i>tazicef intravenous</i>	1	PA
TEFLARO	2	PA; MO
ERYTHROMYCINS / OTHER MACROLIDES		
<i>azithromycin intravenous</i>	1	PA; MO
<i>azithromycin oral packet</i>	1	MO
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>clarithromycin</i>	1	MO
DIFICID ORAL TABLET	2	MO; QL (20 per 10 days)
<i>e.e.s. 400 oral tablet</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i>	1	MO
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1	MO
<i>erythromycin oral</i>	1	MO
MISCELLANEOUS ANTIINFECTIVES		
<i>albendazole</i>	1	MO
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	1	PA; MO
ARIKAYCE	2	PA; LA
<i>atovaquone</i>	1	MO
<i>atovaquone-proguanil</i>	1	MO
<i>aztreonam</i>	1	PA; MO
<i>bacitracin intramuscular</i>	1	
CAYSTON	2	PA; MO; LA; QL (84 per 56 days)
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	MO
<i>clindamycin hcl</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>clindamycin pediatric</i>	1	MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	1	PA; MO
<i>clindamycin phosphate intravenous</i>	1	PA; MO
COARTEM	2	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	1	PA; MO; QL (30 per 10 days)
CVS PINWORM TREATMENT 50 MG/ML	3	ADD
<i>dapsone oral</i>	1	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	2	MO
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	MO
EMVERM	2	MO
<i>ertapenem</i>	1	PA; MO; QL (14 per 14 days)
<i>ethambutol</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/50 ml</i>	1	PA; MO
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 80 mg/100 ml</i>	1	PA
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	1	PA; MO
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>imipenem-cilastatin</i>	1	PA; MO
<i>isoniazid injection</i>	1	
<i>isoniazid oral</i>	1	MO
<i>ivermectin oral</i>	1	PA; MO; QL (20 per 30 days)
<i>lincomycin</i>	1	PA
<i>linezolid</i>	1	MO
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	1	PA; MO
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	1	PA
<i>mefloquine</i>	1	MO
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram</i>	1	PA; MO; QL (30 per 10 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (10 per 10 days)
<i>metro i.v.</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	1	PA; MO
<i>metronidazole oral tablet</i>	1	MO
<i>neomycin</i>	1	MO
<i>nitazoxanide</i>	1	MO
<i>paromomycin</i>	1	
PASER	2	
<i>pentamidine inhalation</i>	1	B/D PA; MO; QL (1 per 28 days)
<i>pentamidine injection</i>	1	MO
PINAWAY 50 MG/ML SUSPENSION	3	ADD
PINWORM MEDICINE 144 MG/ML	3	ADD
<i>praziquantel</i>	1	MO
PRIFTIN	2	MO
PRIMAQUINE	2	MO
<i>pyrazinamide</i>	1	MO
<i>pyrimethamine</i>	1	PA; MO
<i>quinine sulfate</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
REESE'S PINWORM 144 MG/ML SUSP	3	MO; ADD
<i>rifabutin</i>	1	MO
<i>rifampin</i>	1	MO
SIRTURO	2	PA; LA
STREPTOMYCIN	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tigecycline</i>	1	PA; MO
<i>tinidazole</i>	1	MO
TOBI PODHALER	2	MO; QL (224 per 56 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	1	PA; MO; QL (280 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation</i>	1	PA; MO; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin sulfate injection recon soln</i>	1	PA; QL (9 per 14 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	1	PA; MO
TRECATOR	2	MO
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	2	PA; QL (4000 per 10 days)

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

VIBATIV INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	2	PA
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	2	MO; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	2	MO; QL (90 per 30 days)

PENICILLINS

<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	1	MO
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	MO
<i>ampicillin sodium injection</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin sodium intravenous</i>	1	PA
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	1	PA; MO
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 15 gram</i>	1	PA

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

<i>ampicillin-sulbactam intravenous</i>	1	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	2	MO
BICILLIN C-R	2	PA; MO
BICILLIN L-A	2	PA; MO
<i>dicloxacillin</i>	1	MO
<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	1	PA
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>nafcillin intravenous recon soln 2 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	1	PA
<i>oxacillin injection recon soln 2 gram</i>	1	PA; MO
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE	2	PA
<i>penicillin g potassium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

<i>penicillin v potassium</i>	1	MO
<i>pfizerpen-g</i>	1	PA
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	1	MO

QUINOLONES

CIPRO ORAL SUSPENSION, MIC ROCAPSULE RECON	2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml</i>	1	PA

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

<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	PA; MO
<i>levofloxacin intravenous</i>	1	PA; MO
<i>levofloxacin oral</i>	1	MO
<i>moxifloxacin oral</i>	1	MO
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	1	PA; MO

SULFA'S / RELATED AGENTS

<i>sulfadiazine</i>	1	MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	1	PA; MO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral</i>	1	MO

TETRACYCLINES

<i>demeclocycline</i>	1	MO
<i>doxy-100</i>	1	PA; MO
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	1	PA
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	1	MO
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
---	---	----

<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
---	---	----

<i>minocycline oral capsule</i>	1	MO
---------------------------------	---	----

<i>minocycline oral tablet</i>	1	MO
--------------------------------	---	----

<i>mondoxylene nl oral capsule 100 mg</i>	1	
---	---	--

<i>tetracycline</i>	1	MO
---------------------	---	----

URINARY TRACT AGENTS

<i>methenamine hippurate</i>	1	MO
------------------------------	---	----

<i>methenamine mandelate</i>	1	MO
------------------------------	---	----

<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
---	---	----

<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	1	MO
---------------------------------------	---	----

<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5 ml</i>	1	MO
--	---	----

<i>trimethoprim</i>	1	MO
---------------------	---	----

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

ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS

ADJUNCTIVE AGENTS

<i>dexrazoxane hcl</i>	1	B/D PA; MO
------------------------	---	------------

ELITEK	2	MO
--------	---	----

KEPIVANCE INTRAVENOUS RECON SOLN 5.16 MG	2	
--	---	--

KHAPZORY	2	B/D PA
----------	---	--------

<i>leucovorin calcium oral</i>	1	MO
--------------------------------	---	----

<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
--	---	------------

<i>levoleucovorin calcium intravenous solution</i>	1	B/D PA
--	---	--------

<i>mesna</i>	1	B/D PA; MO
--------------	---	------------

MESNEX ORAL	2	MO
-------------	---	----

VISTOGARD	2	PA
-----------	---	----

XGEVA	2	B/D PA; MO
-------	---	------------

ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS

<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
---------------------------------------	---	------------------------------

<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
---------------------------------------	---	-----------------------------

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ABRAXANE	2	B/D PA; MO
ADCETRIS	2	B/D PA; MO
ADSTILADRIN	2	PA
ALECENSA	2	PA; MO; QL (240 per 30 days)
ALIMTA	2	B/D PA; MO
ALIQOPA	2	B/D PA; LA
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	2	PA; QL (60 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	2	PA; QL (30 per 180 days)
<i>anastrozole</i>	1	MO
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA; MO
ASPARLAS	2	PA
AYVAKIT	2	PA; LA; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine sodium</i>	1	B/D PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BALVERSA	2	PA; LA
BAVENCIO	2	B/D PA; LA
BELEODAQ	2	B/D PA
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
BENDEKA	2	B/D PA; MO
BESPONSA	2	B/D PA; MO; LA
<i>bexarotene</i>	1	PA; MO
<i>bicalutamide</i>	1	MO
<i>bleomycin</i>	1	B/D PA
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	2	B/D PA
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	2	B/D PA
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	1	B/D PA; MO
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	2	PA; MO; LA; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA	2	PA; LA
<i>busulfan</i>	1	B/D PA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	2	PA; MO; QL (84 per 28 days)
COPIKTRA	2	PA; LA; QL (60 per 30 days)
COSMEGEN	2	B/D PA; MO
COTELLIC	2	PA; MO; LA; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHA MIDE ORAL TABLET 25 MG	2	B/D PA
CYCLOPHOSPHA MIDE ORAL TABLET 50 MG	2	B/D PA; MO
<i>cyclosporine intravenous</i>	1	B/D PA
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	1	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYRAMZA	2	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cytarabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>cytarabine (pf) injection solution 20 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>dacarbazine</i>	1	B/D PA; MO
<i>dactinomycin</i>	1	B/D PA; MO
DANYELZA	2	PA
DARZALEX	2	B/D PA; MO; LA
<i>daunorubicin intravenous solution</i>	1	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine</i>	1	B/D PA; MO
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	1	B/D PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous recon soln 10 mg</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin intravenous recon soln 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	1	B/D PA; MO
DROXIA	2	MO
ELREXFIO	2	PA
ELZONRIS	2	PA; LA
EMCYT	2	MO
EMPLICITI	2	B/D PA; MO
ENVARUSUS XR	2	B/D PA; MO
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
EPKINLY	2	PA
ERBITUX	2	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ERIVEDGE	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
ERWINASE	2	B/D PA
ETOPOPHOS	2	B/D PA; MO
<i>etoposide intravenous</i>	1	B/D PA; MO
EULEXIN	2	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (330 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>everolimus (immunosuppressive)</i>	1	B/D PA; MO
<i>exemestane</i>	1	MO
EXKIVITY	2	PA; LA; QL (120 per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	2	B/D PA; MO
<i>floxuridine</i>	1	B/D PA
<i>fludarabine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>fludarabine intravenous solution</i>	1	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i>	1	B/D PA
FOLOTYN	2	B/D PA; MO
FOTIVDA	2	PA; LA; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant</i>	1	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FYARRO	2	PA
GAVRETO	2	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
GAZYVA	2	B/D PA; MO
<i>gefitinib</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	1	B/D PA
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	2	B/D PA
<i>gengraf</i>	1	B/D PA; MO
GILOTRIF	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE	1	MO
HALAVEN	2	B/D PA; MO
<i>hydroxyurea</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
IBRANCE	2	PA; MO; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>idarubicin</i>	1	B/D PA; MO
IDHIFA	2	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>ifosfamide intravenous solution 3 gram/60 ml</i>	1	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	2	PA; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	2	PA; QL (324 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
IMFINZI	2	B/D PA; MO; LA
IMJUDO	2	PA; MO
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	2	PA; MO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
INQOVI	2	PA; MO; QL (5 per 28 days)
INREBIC	2	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
IRESSA	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 40 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml</i>	1	B/D PA
ISTODAX	2	B/D PA; MO
IXEMPRA	2	B/D PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
JAKAFI	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
JEMPERLI	2	PA; MO
JEVTANA	2	B/D PA; MO
KADCYLA	2	PA; MO
KEYTRUDA	2	PA
KIMMTRAK	2	PA
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	2	PA; MO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	2	PA; MO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	2	PA; MO; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	2	PA; MO; QL (21 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	2	PA; MO; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	2	PA; MO; QL (63 per 28 days)
KRAZATI	2	PA; QL (180 per 30 days)
KYPROLIS	2	B/D PA
<i>lapatinib</i>	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (28 per 28 days)
<i>lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg</i>	1	PA; QL (28 per 28 days)
LENVIMA	2	PA; MO
<i>letrozole</i>	1	MO
LEUKERAN	2	MO
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	1	PA; MO
LIBTAYO	2	PA; LA
LONSURF	2	PA; MO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LUMAKRAS	2	PA; MO
LUMOXITI	2	PA; LA
LUNSUMIO	2	PA; MO
LUPRON DEPOT	2	PA; MO
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	2	PA; MO
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	2	PA; MO
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	2	PA; MO
LUPRON DEPOT-PED	2	PA; MO
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	2	PA; MO
LYNPARZA	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN	2	
LYTGOBI	2	PA; LA
MARGENZA	2	PA
MATULANE	2	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	PA
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MEKINIST ORAL RECON SOLN	2	PA; MO; QL (1200 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI	2	PA; MO; LA; QL (180 per 30 days)
<i>melfhalan</i>	1	B/D PA; MO
<i>melfhalan hcl</i>	1	B/D PA
<i>mercaptopurine</i>	1	MO
<i>methotrexate sodium</i>	1	B/D PA; MO
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	1	B/D PA
<i>mitomycin intravenous</i>	1	B/D PA; MO
<i>mitoxantrone</i>	1	B/D PA; MO
MONJUVI	2	PA; LA
MVASI	2	PA; MO
<i>mycophenolate mofetil</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	1	B/D PA; MO
MYLOTARG	2	B/D PA; MO; LA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nelarabine</i>	1	B/D PA; MO
NERLYNX	2	PA; MO; LA
<i>nilutamide</i>	1	PA; MO
NINLARO	2	PA; MO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA	2	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
NULOJIX	2	B/D PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 50 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA
ODOMZO	2	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)
OJJAARA	2	PA; QL (30 per 30 days)
ONCASPAR	2	B/D PA
ONIVYDE	2	B/D PA
ONUREG	2	PA; MO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO	2	PA; MO
OPDUALAG	2	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ORGOVYX	2	PA; LA; QL (30 per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	1	B/D PA; MO
PADCEV	2	PA; MO
<i>paraplatin</i>	1	B/D PA
PEMAZYRE	2	PA; LA; QL (14 per 21 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg, 500 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	1	B/D PA
PERJETA	2	B/D PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PIQRAY	2	PA; MO
POLIVY	2	PA; MO
POMALYST	2	PA; MO; LA
PORTRAZZA	2	B/D PA; MO
POTELIGEO	2	PA
PROGRAF INTRAVENOUS	2	B/D PA; MO
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	2	B/D PA; MO
PURIXAN	2	
QINLOCK	2	PA; LA; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	2	PA; MO; LA; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	2	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
REVLIMID	2	PA; MO; LA; QL (28 per 28 days)
REZLIDHIA	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>romidepsin intravenous recon soln</i>	1	B/D PA
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	2	PA; MO; QL (150 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
RUBRACA	2	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE	2	PA; MO
RYBREVANT	2	PA; MO
RYDAPT	2	PA; MO
RYLAZE	2	PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION	2	B/D PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	2	PA; MO
SARCLISA	2	PA; LA
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	2	PA; MO; QL (600 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	2	PA; MO; QL (300 per 30 days)
SIGNIFOR	2	PA
SIMULECT	2	B/D PA; MO
<i>sirolimus</i>	1	B/D PA; MO
SOLTAMOX	2	MO
SOMATULINE DEPOT	2	PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sorafenib</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
STIVARGA	2	PA; MO; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
SYNRIBO	2	B/D PA
TABLOID	2	MO
TABRECTA	2	PA; MO
<i>tacrolimus oral</i>	1	B/D PA; MO
TAFINLAR ORAL CAPSULE	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	2	PA; MO; QL (840 per 28 days)
TAGRISSE	2	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)
TALVEY	2	PA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>tamoxifen</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	2	PA; MO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK	2	PA; LA
TECENTRIQ	2	B/D PA; MO; LA
TECVAYLI	2	PA
TEMODAR INTRAVENOUS	2	B/D PA; MO
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA; MO
TEPMETKO	2	PA; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	2	PA; MO; QL (28 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days)
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	1	B/D PA; MO

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
WELIREG	2	PA; LA
XALKORI	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
XATMEP	2	B/D PA; MO
XERMELO	2	PA; LA; QL (90 per 30 days)
XOSPATA	2	PA; LA
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 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), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	2	PA; LA
XTANDI ORAL CAPSULE	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
YERVOY	2	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
YONDELIS	2	B/D PA
YONSA	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
ZALTRAP	2	B/D PA; MO
ZANOSAR	2	B/D PA; MO
ZEJULA ORAL CAPSULE	2	PA; MO; LA; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; LA; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	2	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF	2	PA; MO; QL (240 per 30 days)
ZEPZELCA	2	PA
ZIRABEV	2	B/D PA; MO
ZOLADDEX	2	PA; MO
ZOLINZA	2	PA; MO
ZYDELIG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
ZYNLONTA	2	PA; LA
ZYNYZ	2	PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH		
ANTICONVULSANTS		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG	2	MO; QL (180 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 400 MG	2	MO; QL (90 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS	2	MO; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION	2	MO; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 200 mg/10 ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet, chewable</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	2	MO
<i>clobazam oral suspension</i>	1	PA; MO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	MO; QL (300 per 30 days)
DIACOMIT	2	PA; LA
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i>	1	MO
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i>	1	
DILANTIN 30 MG	2	MO
<i>divalproex</i>	1	MO
EPIDIOLEX	2	PA; MO; LA
<i>epitol</i>	1	MO
EPRONTIA	2	PA; MO
<i>ethosuximide</i>	1	MO
<i>felbamate</i>	1	MO

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 450 MG, 750 MG, 900 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous</i>	1	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral solution</i>	1	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	1	MO
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,500 mg/100 ml</i>	1	
<i>levetiracetam intravenous</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>levetiracetam oral solution 500 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>methsuximide</i>	1	MO
NAYZILAM	2	PA; MO; QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine</i>	1	MO
<i>phenobarbital oral elixir</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	PA
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	PA; MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml</i>	1	MO
<i>phenobarbital sodium injection solution 65 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 100 mg/4 ml</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution</i>	1	MO; QL (900 per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	2	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>rufinamide</i>	1	PA; MO
SPRITAM	2	MO
<i>subvenite</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>subvenite starter (blue) kit</i>	1	MO
<i>subvenite starter (green) kit</i>	1	MO
<i>subvenite starter (orange) kit</i>	1	MO
SYMPAZAN	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine</i>	1	MO
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	1	PA; MO
<i>topiramate oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>valproate sodium</i>	1	MO
<i>valproic acid</i>	1	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	
VALTOCO	2	PA; MO; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin</i>	1	MO; LA
<i>vigadrone</i>	1	LA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	2	MO; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG	2	MO; QL (120 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	2	MO; QL (240 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK	2	MO; QL (28 per 180 days)
ZONISADE	2	PA; MO
<i>zonisamide</i>	1	PA; MO
ZTALMY	2	PA; LA; QL (1080 per 30 days)
ANTIPARKINSONISM AGENTS		
APOKYN	2	PA; MO; LA; QL (90 per 30 days)
<i>apomorphine</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>benztropine injection</i>	1	MO
<i>benztropine oral</i>	1	PA; MO
<i>bromocriptine</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>carbidopa</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	MO
<i>entacapone</i>	1	MO
NEUPRO	2	MO
<i>pramipexole oral tablet</i>	1	MO
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 1 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole</i>	1	MO
<i>selegiline hcl</i>	1	MO
MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	2	PA; MO; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection</i>	1	
<i>dihydroergotamine nasal</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>eletriptan</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EMGALITY PEN	2	PA; MO; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	2	PA; MO; QL (2 per 30 days)
<i>ergotamine-cafeine</i>	1	MO
<i>naratriptan</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
NURTEC ODT	2	PA; QL (16 per 30 days)
<i>rizatriptan</i>	1	MO; QL (36 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	1	MO; QL (36 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge</i>	1	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector</i>	1	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (8 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
UBRELVY	2	PA; QL (20 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
MISCELLANEOUS NEUROLOGICAL THERAPY		
AUBAGIO	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
BRIUMVI	2	PA; MO; QL (24 per 180 days)
<i>dalfampridine</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	1	PA; MO; QL (14 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	1	PA; MO; QL (120 per 180 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>donepezil</i>	1	MO
<i>fingolimod</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
FIRDAPSE	2	PA; LA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>galantamine</i>	1	MO
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 per 28 days)
INGREZZA	2	PA; LA; QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PACK	2	PA; LA; QL (28 per 180 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral solution</i>	1	PA; MO
<i>memantine oral tablet</i>	1	PA; MO
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK	2	PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR	2	PA; MO
NUDEXTA	2	PA; MO
OCREVUS	2	PA; MO; LA; QL (20 per 180 days)
RADICAVA	2	PA
<i>rivastigmine</i>	1	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	MO
<i>teriflunomide</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
TYSABRI	2	PA; MO; LA; QL (15 per 28 days)
VUMERITY	2	PA; MO; QL (120 per 30 days)
ZEPOSIA	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	2	PA; MO; QL (28 per 180 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	2	PA; MO; QL (7 per 180 days)
------------------------------	---	-----------------------------

MUSCLE RELAXANTS / ANTISPASMODIC THERAPY

<i>baclofen oral tablet</i>	1	MO
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
<i>dantrolene intravenous</i>	1	
<i>dantrolene oral</i>	1	MO
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 2,000 MCG/ML, 500 MCG/ML	2	B/D PA; MO
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION 50 MCG/ML	2	B/D PA
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>revonto</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet</i>	1	MO

NARCOTIC ANALGESICS

<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)</i>	1	QL (4500 per 30 days)
--	---	-----------------------

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

<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	MO; QL (4500 per 30 days)
---	---	---------------------------

<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
---	---	--------------------------

<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
--	---	--------------------------

BELBUCA	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
---------	---	-----------------------------

<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	1	
--	---	--

<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	1	MO
-------------------------------------	---	----

<i>buprenorphine transdermal patch</i>	1	PA; MO; QL (4 per 28 days)
--	---	----------------------------

<i>endocet</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
----------------	---	--------------------------

<i>fentanyl citrate (pf) injection solution</i>	1	
---	---	--

<i>fentanyl citrate (pf) intravenous syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	1	
---	---	--

<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
--	---	------------------------------

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	PA; MO; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	MO; QL (5550 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	1	MO; QL (390 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	1	MO; QL (50 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid</i>	1	MO; QL (2400 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>methadone injection solution</i>	1	
<i>methadone intensol</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>methadone oral concentrate</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>methadose oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i>	1	
<i>morphine (pf) injection solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine concentrate oral solution</i>	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>morphine injection syringe 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>morphine oral solution</i>	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>morphine oral tablet</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution</i>	1	MO; QL (1200 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	2	PA; MO; QL (90 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 80 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
NON-NARCOTIC ANALGESICS		
8 HOUR ACETAMINOPHEN ER 650 MG	3	ADD
8HR ARTHRITIS PAIN ER 650 MG	3	ADD
8HR MUSCLE ACHE-PAIN ER 650 MG	3	ADD
<i>acetaminophen 120 mg suppos</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acetaminophen 120 mg suppos inner</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 120 mg suppos outer</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml sol</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml sol inner</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml sol outer</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml solution cup inner</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml solution cup outer</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml suspension cup inner</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml suspension cup outer</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 325 mg gelcap</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 325 mg/10.15 ml</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 325 mg/10.15 ml cup inner</i>	3	ADD

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acetaminophen 650 mg/20.3 ml cup outer</i>	3	ADD
ACETAMINOPHEN 650 MG/20.3 ML CUP OUTER	3	ADD
<i>acetaminophen 650 mg/20.3 ml inner</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 650 mg/20.3 ml outer</i>	3	ADD
<i>acetaminophen er 650 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen er 650 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
ACETAMINOPHEN POWDER USP (RX)	3	ADD
ADULT ASPIRIN REGIMEN EC 81 MG	3	ADD
ALL DAY PAIN RELIEF 220 MG TAB	3	ADD
ALL DAY PAIN RLF 220 MG CAPLET	3	ADD
ALL DAY PAIN RLF 220 MG CAPLET	3	ADD
ALL DAY RELIEF 220 MG CAPLET CAPLET, GLUTEN-FREE	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ALL DAY RELIEF 220 MG TABLET GLUTEN-FREE	3	MO; ADD
ARTHRITIS PAIN ER 650 MG CAPLT	3	ADD
ARTHRITIS PAIN ER 650 MG CAPLT CAPLET	3	ADD
ARTHRITIS PAIN ER 650 MG TAB INNER	3	ADD
ARTHRITIS PAIN ER 650 MG TAB OUTER	3	ADD
<i>aspirin 300 mg suppository</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 325 mg tablet micro-coated</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 325 mg tablet regular strength</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet adult low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet child low dose</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>aspirin 81 mg chewable tablet gluten-free, orange</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet low dose, cherry</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet tab chew, cherry</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet tab chew, orange</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 325 mg tablet regular strength</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 325 mg tablet safety-coated</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 81 mg tablet adult low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 81 mg tablet low dose</i>	3	MO; ADD
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>butorphanol injection</i>	1	MO
<i>butorphanol nasal</i>	1	MO; QL (10 per 28 days)
<i>celecoxib</i>	1	MO
CHILD ACETAMINOPHEN 160 MG	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml syrg</i>	3	ADD
CHILD PAIN-FEVER 160 MG/5 ML	3	MO; ADD
CHILD PAIN-FEVER 160 MG/5 ML AS, IBU/F	3	MO; ADD
CHILD PAIN-FEVER 160 MG/5 ML GLUTEN-F, GRAPE	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML BERRY	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML BERRY FLAVOR	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML CUP INNER, D/F	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML CUP OUTER, D/F	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML CUP U-D	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML CUP U- D,100'S,HOSP USE	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML CUP U- D,30'S,HOSP USE	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML D/F	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML D/F,BERRY	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML DYE/FREE	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML GLUTEN/F, BERRY	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML GLUTEN/F, GRAPE	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML GLUTEN/F,BUBBL E	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML GRAPE	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML INNER	3	ADD
CHILDREN IBUPROFEN 100 MG/5 ML OUTER	3	ADD
CHILDREN'S MAPAP 80 MG TAB CHW	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILD'S MAPAP 160 MG TAB CHEW	3	MO; ADD
CHLD ACETAMINOPHE N 160 MG/5 ML	3	ADD
CHLD ACETAMINOPHE N 160 MG/5 ML CUP INNER	3	ADD
CHLD ACETAMINOPHE N 160 MG/5 ML CUP OUTER	3	ADD
CHLD ACETAMINOPHE N 160 MG/5 ML GLUTEN/F, GRAPE	3	ADD
CHLD ACETAMINOPHE N 160 MG/5 ML GLUTEN/F,CHERRY	3	ADD
CHLD ACETAMINOPHE N 160 MG/5 ML INNER	3	ADD
CHLD ACETAMINOPHE N 160 MG/5 ML OUTER	3	ADD
<i>clonidine (pf) epidural solution 5,000 mcg/10 ml</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	1	MO; QL (1000 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol</i>	1	MO
<i>diflunisal</i>	1	MO
<i>ec-naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg</i>	1	
<i>ec-naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	1	MO
ED-APAP 160 MG/5 ML LIQUID	3	ADD
<i>etodolac</i>	1	MO
FEVERALL 120 MG SUPPOSITORY CHILDRENS, OUTER	3	ADD
FEVERALL 120 MG SUPPOSITORY CHILDREN'S, OUTER	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FEVERALL 325 MG SUPPOSITORY JUNIOR STR, OUTER	3	MO; ADD
FEVERALL 650 MG SUPPOSITORY ADULT, OUTER	3	ADD
FEVERALL 80 MG SUPPOSITORY INFANT'S, OUTER	3	MO; ADD
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>gnp aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gnp ibuprofen 200 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>gnp ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gnp naproxen sod 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>gnp naproxen sod 220 mg tablet</i>	3	ADD
GNP PAIN RELIEF 500 MG CAPLET	3	ADD
GNP PAIN RELIEF 500 MG CAPLET	3	ADD
GS ARTHRITIS PAIN ER 650 MG	3	ADD
GS ARTHRITIS PAIN ER 650 MG CAPLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gs aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gs aspirin 81 mg chewable tab</i>	3	MO; ADD
GS CHILD FEVER-PAIN 160 MG/5 ML	3	MO; ADD
GS CHILD IBUPROFEN 100 MG/5 ML	3	ADD
GS CHILD PAIN-FEVER 160 MG/5 ML	3	MO; ADD
<i>gs ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>gs ibuprofen 200 mg liquid gel</i>	3	MO; ADD
<i>gs ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
GS INF IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML	3	MO; ADD
GS INFANT PAIN-FEVER 160 MG/5	3	ADD
GS INFANT PAIN-FEVER 160 MG/5 CHERRY, DYE-FREE	3	ADD
<i>gs naproxen sod 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>gs naproxen sod 220 mg tablet</i>	3	ADD
GS PAIN RELIEF 325 MG TABLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GS PAIN RELIEF 500 MG CAPLET	3	ADD
GS PAIN RELIEF 500 MG TABLET	3	ADD
GS PAIN RELIEF ER 650 MG CPLT	3	MO; ADD
HM ARTHRIT PAIN RLF ER 650 MG	3	ADD
<i>hm aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hm aspirin 81 mg chewable tab</i>	3	MO; ADD
<i>hm aspirin 81 mg chewable tab adlt low dose, orange</i>	3	MO; ADD
<i>hm aspirin ec 325 mg tablet reg strength</i>	3	MO; ADD
<i>hm aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hm aspirin ec 81 mg tablet low dose</i>	3	MO; ADD
HM CHILD ACETAMINOPHE N 160 MG	3	ADD
HM CHILD IBUPROFEN 100 MG/5 ML	3	ADD
HM CHILD IBUPROFEN 100 MG/5 ML BERRY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM CHILD IBUPROFEN 100 MG/5 ML BUBBLE GUM	3	ADD
HM CHILD IBUPROFEN 100 MG/5 ML GLUTEN/F, BERRY	3	ADD
HM CHILD IBUPROFEN 100 MG/5 ML GRAPE	3	ADD
HM CHLD PAIN-FEVER 160 MG/5 ML	3	MO; ADD
HM CHLD PAIN-FEVER 160 MG/5 ML DYE-FREE	3	MO; ADD
<i>hm ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>hm ibuprofen 200 mg capsule liquid filled sftgel</i>	3	MO; ADD
<i>hm ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hm ibuprofen 200 mg tablet coated, gluten-free</i>	3	MO; ADD
HM IBUPROFEN IB 200 MG TABLET COATED. GLUTEN-FREE	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM INF IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML BERRY FLAVOR	3	MO; ADD
HM INF IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML D/F,BERRY FLAVOR	3	MO; ADD
HM INFANT PAIN- FEVER 160 MG/5 CHERRY,W/SYRI NGE	3	ADD
HM INFANT PAIN- FEVER 160 MG/5 GRAPE,W/SYRING E	3	ADD
<i>hm naproxen sod 220 mg caplet caplet, gluten-free</i>	3	ADD
<i>hm naproxen sodium 220 mg cap</i>	3	ADD
HM PAIN RELIEF 325 MG TABLET	3	ADD
HM PAIN RELIEF 500 MG CAPLET	3	ADD
HM PAIN RELIEF 500 MG CAPLET CAPLET, EX- STRENGTH	3	ADD
HM PAIN RELIEF ER 650 MG CPLT	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM PAIN RELIEVER 325 MG TABLET REGULAR STRENGTH	3	ADD
HM PAIN RELIEVER 500 MG TABLET EXTRA STRENGTH	3	ADD
<i>ibu</i>	1	MO
IBU-200 200 MG TABLET	3	ADD
<i>ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg caplet caplet, coated</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg coated caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg tablet coated</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg tablet coated caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg/10 ml suspension cup 100's, u-d cups (otc)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ibuprofen 200 mg/10 ml suspension cup 30's, u-d cups (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg/10 ml suspension cup u-d (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen jr str 100 mg tb chw</i>	3	ADD
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg</i>	1	
INF ACETAMINOPHEN 160 MG/5 ML	3	ADD
INFANT IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML	3	MO; ADD
INFANT IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML BERRY	3	MO; ADD
INFANT IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML BERRY, INFANT	3	MO; ADD
INFANT IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML D/F, BERRY, INFANT	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INFANT IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML D/F, NON-STAINING	3	MO; ADD
INFANT IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML GLUTEN/F, BERRY	3	MO; ADD
INFANT PAIN-FEVER 160 MG/5 ML	3	ADD
INFANT PAIN-FEVER 160 MG/5 ML GRAPE	3	ADD
INFANT PAIN-FEVER 160 MG/5 ML W/SYRINGE, CHERRY	3	ADD
INFANT PAIN-FEVER 160 MG/5 ML W/SYRINGE, GRAPE	3	ADD
INFANTS PAIN-FEVER 160 MG/5 ML DYE-FREE, CHERRY	3	ADD
MAPAP 500 MG CAPSULE	3	MO; ADD
MAPAP 500 MG/15 ML LIQUID	3	MO; ADD
<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
M-PAP 160 MG/5 ML LIQUID	3	MO; ADD
<i>nabumetone</i>	1	MO
<i>nalbuphine</i>	1	MO
<i>naloxone injection solution</i>	1	MO
<i>naloxone injection syringe</i>	1	MO
<i>naloxone nasal</i>	1	MO
<i>naltrexone</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	1	
<i>naproxen sodium 220 mg capsule</i>	3	ADD
<i>naproxen sodium 220 mg tablet</i>	3	ADD
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin</i>	1	MO
PAIN RELIEF 325 MG TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PAIN RELIEF 500 MG CAPLET CAPLET,EX-STRENGTH	3	ADD
PAIN RELIEF 500 MG TABLET EXTRA STRENGTH	3	ADD
PAIN RELIEVER 500 MG TABLET EX-STR,EASY TAB	3	ADD
PHARBETOL 325 MG TABLET REGULAR STRENGTH	3	ADD
PHARBETOL 500 MG TABLET EXTRA STRENGTH	3	ADD
<i>piroxicam</i>	1	MO
<i>qc acetaminophen 8-hr 650 mg</i>	3	MO; ADD
QC ARTHRITIS PAIN ER 650 MG CAPLET	3	ADD
<i>qc aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>qc aspirin 81 mg chewable tab</i>	3	MO; ADD
<i>qc aspirin ec 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>qc aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QC CHILD IBUPROFEN 100 MG/5 ML	3	ADD
QC CHILD PAIN RLF 160 MG/5 ML	3	ADD
QC CHILD PAIN RLF 160 MG/5 ML BUBBLE GUM	3	ADD
<i>qc ibuprofen 200 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>qc naproxen sod 220 mg tablet</i>	3	ADD
QC NON-ASPIRIN 500 MG CAPLET XTRA STRENGTH,CAPLET	3	ADD
QC NON-ASPIRIN 500 MG GELCAP GELCAP, EX-STR	3	ADD
QC NON-ASPIRIN PAIN RELIEF TB EXTRA STRENGTH	3	ADD
QC PAIN RELIEF 325 MG TABLET	3	ADD
QC PAIN RELIEF 500 MG CAPLET	3	ADD
<i>salsalate</i>	1	MO
SM 8 HOUR PAIN RELIEF 650 MG CAPLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM ARTHRITIS PAIN ER 650 MG CAPLET	3	ADD
SM ARTHRITIS PAIN ER 650 MG TB	3	ADD
<i>sm aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sm aspirin 81 mg chewable tab adult low strength</i>	3	MO; ADD
<i>sm aspirin ec 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sm aspirin ec 325 mg tablet reg-str, gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>sm aspirin ec 81 mg tablet adult low strength</i>	3	MO; ADD
SM CHILD ASPIRIN 81 MG CHW TAB CHILDREN'S	3	ADD
SM CHLD PAIN-FEVER 160 MG/5 ML	3	MO; ADD
SM CHLD PAIN-FEVER 160 MG/5 ML AS, GLUTEN-F	3	MO; ADD
<i>sm ibuprofen 100 mg/5 ml susp (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm ibuprofen 100 mg/5 ml susp children's (otc)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>sm ibuprofen 200 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>sm ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
SM IBUPROFEN IB 100 MG CHEW TB	3	ADD
SM IBUPROFEN IB 200 MG CAPLET	3	ADD
SM IBUPROFEN IB 200 MG CAPLET CAPLET, GLUTEN-FREE	3	ADD
SM IBUPROFEN IB 200 MG TABLET	3	ADD
SM IBUPROFEN IB 200 MG TABLET COATED	3	ADD
SM INF IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML D/F	3	MO; ADD
SM INF IBUPROFEN 50 MG/1.25 ML W/DROPPER	3	MO; ADD
SM INFANT PAIN-FEVER 160 MG/5 GLUTEN-F, GRAPE	3	ADD
<i>sm naproxen sod 220 mg caplet</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm naproxen sod 220 mg gluten free, caplet</i>	3	ADD
SM PAIN RELIEVER 325 MG TABLET	3	ADD
SM PAIN RELIEVER 500 MG CAPLET CAPLET, EXTRA STR	3	ADD
SM PAIN RELIEVER 500 MG CAPLET CAPLET, EXTRA STR	3	ADD
SM PAIN RELIEVER 500 MG GELCAP GELCAP,EX STRENGTH	3	ADD
SM PAIN RELIEVER 500 MG TABLET EX-STR, GLUTEN-FREE	3	ADD
SM PAIN RELIEVER 500 MG TABLET EXTRA STRENGTH	3	ADD
SM PAIN RELIEVER ER 650 MG	3	MO; ADD
ST. JOSEPH ASPIRIN 81 MG CHEW	3	MO; ADD
<i>sulindac</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
VIVITROL	2	MO
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9- 0.71 MG, 5.7-1.4 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
PSYCHOTHERAPEUTIC DRUGS		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	2	MO; QL (2.4 per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	2	MO; QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA	2	MO; QL (1 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>amitriptyline</i>	1	MO
<i>amoxapine</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO	2	MO; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	2	MO; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	2	MO; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	2	MO; QL (2.4 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE SYRING 882 MG/3.2 ML	2	MO; QL (3.2 per 28 days)
<i>armodafinil</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>asenapine maleate</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
AUVELITY	2	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>bupirone</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAPLYTA	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine</i>	1	MO
<i>citalopram oral solution</i>	1	MO
<i>citalopram oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine</i>	1	MO
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (360 per 30 days)
<i>clozapine</i>	1	
<i>desipramine</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine succinate</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	1	MO
<i>diazepam injection</i>	1	PA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>diazepam intensol</i>	1	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	PA; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i>	1	PA; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule</i>	1	MO
<i>doxepin oral concentrate</i>	1	MO
<i>doxepin oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	2	QL (60 per 30 days)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	2	QL (90 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET	2	MO; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK	2	MO; QL (8 per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK	2	QL (28 per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil</i>	1	
<i>fluoxetine (pmdd) oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>fluoxetine (pmdd) oral tablet 20 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fluoxetine oral solution</i>	1	MO
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>fluoxetine oral tablet 20 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl</i>	1	MO
<i>fluvoxamine oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>haloperidol</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate injection</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>haloperidol lactate intramuscular</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral</i>	1	MO
HETLIOZ	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>imipramine hcl</i>	1	MO
<i>imipramine pamoate</i>	1	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	2	MO; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	2	MO; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	2	MO; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	2	MO; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	2	MO; QL (1.5 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	2	MO; QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	2	MO; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	2	MO; QL (0.88 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	2	MO; QL (1.32 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	2	MO; QL (1.75 per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	2	MO; QL (2.63 per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lithium carbonate</i>	1	MO
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lorazepam injection solution</i>	1	PA; MO
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	1	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>loxapine succinate</i>	1	MO
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
MARPLAN	2	MO
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable</i>	1	MO
<i>mirtazapine</i>	1	MO
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1	
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone</i>	1	MO
<i>nortriptyline</i>	1	MO
NUPLAZID	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular</i>	1	MO
<i>olanzapine oral</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine</i>	1	MO
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine</i>	1	MO
PERSERIS	2	MO; QL (1 per 30 days)
<i>phenelzine</i>	1	MO
<i>pimozide</i>	1	MO
<i>protriptyline</i>	1	MO
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET	2	MO; QL (30 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RISPERDAL CONSTA	2	MO; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 4 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
SECUADO	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate</i>	1	MO
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sertraline oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
SODIUM OXYBATE	2	PA; LA; QL (540 per 30 days)
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	2	PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>tasimelteon</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine</i>	1	MO
<i>thiothixene</i>	1	MO
<i>tranylcypromine</i>	1	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	1	MO
<i>trimipramine</i>	1	MO
TRINTELLIX	2	MO; QL (30 per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	2	MO; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	2	MO; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	2	MO; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	2	MO; QL (0.56 per 56 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	2	MO; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	2	MO; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	2	MO; QL (0.21 per 28 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
VERSACLOZ	2	
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)-20 MG (23)	2	QL (30 per 180 days)
<i>vilazodone</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VRAYLAR ORAL CAPSULE	2	MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK	2	MO; QL (7 per 180 days)
XYREM	2	PA; LA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	MO
<i>zolpidem oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG	2	MO; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	2	MO; QL (1 per 28 days)

CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION / LIPIDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ANTIARRHYTHMIC AGENTS		
<i>adenosine</i>	1	
<i>amiodarone intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>amiodarone intravenous syringe</i>	1	B/D PA
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	MO
<i>flecainide</i>	1	MO
<i>ibutilide fumarate</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	1	
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)</i>	1	
<i>mexiletine</i>	1	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>procainamide injection</i>	1	
<i>propafenone</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sorine oral tablet 240 mg</i>	1	
<i>sotalol af</i>	1	
<i>sotalol oral</i>	1	MO
ANTIHYPERTENSIVE THERAPY		
<i>acebutolol</i>	1	MO
<i>aliskiren</i>	1	MO
<i>amiloride</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>amlodipine</i>	1	MO
<i>amlodipine-benazepril</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan-hcthidiazid</i>	1	MO
<i>atenolol</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	MO
<i>benazepril</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>betaxolol oral tablet 10 mg</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>betaxolol oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>bumetanide</i>	1	MO
<i>candesartan</i>	1	MO
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>captopril</i>	1	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>cartia xt</i>	1	MO
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clonidine</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine (pf) epidural solution 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml)</i>	1	
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	MO
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
EDARBI	2	MO
EDARBYCLOR	2	MO
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	MO
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	MO
<i>eplerenone</i>	1	MO
<i>esmolol intravenous solution</i>	1	
<i>ethacrynate sodium</i>	1	
<i>felodipine</i>	1	MO
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution</i>	1	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>isosorbide-hydralazine</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>isradipine</i>	1	MO
KERENDIA	2	PA; QL (30 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>labetalol intravenous solution</i>	1	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral</i>	1	MO
<i>lisinopril</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>losartan</i>	1	MO
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>mannitol 20 %</i>	1	
<i>mannitol 25 % intravenous solution</i>	1	MO
<i>matzim la</i>	1	MO
<i>metolazone</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate</i>	1	MO
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate intravenous</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral</i>	1	MO
<i>metirosine</i>	1	PA; MO
<i>minoxidil oral</i>	1	MO
<i>moexipril</i>	1	MO
<i>nadolol</i>	1	MO
<i>nebivolol</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nicardipine intravenous solution</i>	1	
<i>nicardipine oral</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>nimodipine</i>	1	MO
<i>nisoldipine</i>	1	MO
<i>olmesartan</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	1	MO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>osmitrol 20 %</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	MO
<i>phentolamine</i>	1	
<i>pindolol</i>	1	MO
<i>prazosin</i>	1	MO
<i>propranolol intravenous</i>	1	
<i>propranolol oral</i>	1	MO
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>quinapril oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	MO
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>taztia xt</i>	1	MO
TEKTURNA HCT ORAL TABLET 300-12.5 MG, 300-25 MG	2	
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	1	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>tiadylt er</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral</i>	1	MO
<i>torseamide oral</i>	1	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil</i>	1	MO
<i>treprostinil sodium</i>	1	PA; MO; LA
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
UPTRAVI ORAL	2	PA; MO; LA
<i>valsartan oral tablet</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>veletri</i>	1	B/D PA; MO
<i>verapamil intravenous</i>	1	
<i>verapamil oral</i>	1	MO
COAGULATION THERAPY		
<i>aminocaproic acid</i>	1	MO
<i>aspirin-dipyridamole</i>	1	MO
BRILINTA	2	MO
CABLIVI INJECTION KIT	2	PA; LA
CEPROTIN (BLUE BAR)	2	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	2	PA; MO
<i>cilostazol</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>dabigatran etexilate</i>	1	MO
<i>dipyridamole intravenous</i>	1	
<i>dipyridamole oral</i>	1	MO
DOPTELET (10 TAB PACK)	2	PA; MO; LA
DOPTELET (15 TAB PACK)	2	PA; MO; LA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DOPTELET (30 TAB PACK)	2	PA; MO; LA
ELIQUIS	2	MO
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	2	MO
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	MO; QL (28 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	MO; QL (22.4 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i>	1	MO; QL (16.8 per 28 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	1	MO; QL (11.2 per 28 days)
<i>fondaparinux</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml), 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml)</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	1	MO
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	2	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	MO
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	MO
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE 5,000 UNIT/ML	2	
HEPARIN, PORCINE (PF) SUBCUTANEOUS	2	MO
<i>jantoven</i>	1	MO
MEPHYTON 5 MG TABLET	3	ADD
<i>pentoxifylline</i>	1	MO
<i>phytonadione 5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>phytonadione 5 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>phytonadione 5 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>prasugrel</i>	1	MO
PROMACTA	2	PA; MO; LA
<i>protamine</i>	1	
<i>vitamin k-1 10 mg/ml ampul suv, outer</i>	3	MO; ADD
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	2	MO
LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS		
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>atorvastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	1	MO
<i>cholestyramine light</i>	1	
<i>colesevelam</i>	1	MO
<i>colestipol</i>	1	MO
ENDUR-ACIN ER 250 MG TABLET	3	MO; ADD
ENDUR-ACIN ER 500 MG TABLET	3	ADD
ENDUR-ACIN ER 750 MG TABLET	3	ADD
<i>ezetimibe</i>	1	MO
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fenofibric acid</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline)</i>	1	MO
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>gemfibrozil</i>	1	MO
<i>gnp niacin 250 mg tablet w/calcium (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>hm niacin tr 250 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>icosapent ethyl</i>	1	MO
JUXTAPID	2	PA; MO; LA
LIVALO	2	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
NEXLETOL	2	PA; MO
NEXLIZET	2	PA; MO
<i>niacin 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 100 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 100 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>niacin 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 250 mg tablet d/f,p/f,n (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 50 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 500 mg capsule sa (rx)</i>	3	ADD
<i>niacin 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin 500 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
NIACIN ER 1,000 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>niacin er 250 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 500 mg caplet caplet,cdt,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 500 mg capsule (rx)</i>	3	ADD
<i>niacin er 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 500 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 500 mg tablet n,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin er 500 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>niacin sa 250 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg capsule p/f,n,gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 500 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 500 mg capsule (rx)</i>	3	ADD
<i>niacin tr 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>omega-3 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	MO
PLAIN NIACIN 250 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
PLAIN NIACIN 500 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>prevalite</i>	1	MO
<i>ra niacin 100 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra niacin 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
RA NIACIN 500 MG TABLET NO FLUSH (RX)	3	ADD
REPATHA	2	PA; QL (6 per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX	2	PA; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK	2	PA; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
SLO-NIACIN 250 MG TABLET	3	MO; ADD
SLO-NIACIN 500 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
SLO-NIACIN 750 MG TABLET	3	MO; ADD
SUPER OMEGA-3 SOFTGEL	3	ADD
SUPER TWIN EPA-DHA 1,250 MG	3	ADD
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS		
<i>cardioplegic soln</i>	1	
CORLANOR ORAL SOLUTION	2	QL (450 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>digoxin oral</i>	1	MO
<i>dobutamine</i>	1	B/D PA
<i>dobutamine in d5w intravenous parenteral solution 1,000 mg/250 ml (4,000 mcg/ml), 250 mg/250 ml (1 mg/ml), 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 200 mg/250 ml (800 mcg/ml), 400 mg/250 ml (1,600 mcg/ml), 400 mg/500 ml (800 mcg/ml), 800 mg/500 ml (1,600 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
ENTRESTO	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>milrinone</i>	1	B/D PA
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	1	B/D PA
<i>norepinephrine bitartrate</i>	1	
<i>ranolazine</i>	1	MO
<i>sodium nitroprusside</i>	1	B/D PA
VECAMYL	2	
VERQUVO	2	MO; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX	2	PA; MO
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nitroglycerin in 5 % dextrose intravenous solution 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>nitroglycerin intravenous</i>	1	B/D PA
<i>nitroglycerin sublingual</i>	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1	MO
<i>nitroglycerin translingual</i>	1	MO
DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY		
ANTIPSORIATIC / ANTISEBORRHEIC		
<i>acitretin</i>	1	MO
ANTI-DANDRUFF 1% SHAMPOO	3	MO; ADD
<i>calcipotriene scalp</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>calcitriol topical</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MEDICATED DANDRUFF 1% SHAMPOO	3	ADD
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	1	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
STELARA INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (104 per 180 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; MO; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (0.5 per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)
TALTZ AUTOINJECTOR	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	2	PA; MO; QL (3 per 180 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TALTZ SYRINGE	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)
KERATOLYTICS		
CALLUS REMOVERS PATCH	3	ADD
CORN REMOVER 40% PATCH	3	ADD
DERMACINRX ATRIX 2% CREAM	3	ADD
DERMACINRX ATRIX 2% WASH	3	ADD
DERMACINRX ATRIX SYSTEM 1 PACK	3	ADD
LIQUID CORN-CALLUS REMOVER	3	ADD
LIQUID WART REMOVER 17%	3	ADD
SALICYLIC ACID POWDER (RX)	3	ADD
SALICYLIC ACID POWDER USP (RX)	3	ADD
SCALP RELIEF 3% LIQUID	3	ADD
SEBEX SHAMPOO	3	MO; ADD
THERAPEUTIC 3% DANDRUFF SHMP	3	ADD
WART REMOVER 17% LIQUID	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

WART REMOVER CLEAR STRIP	3	ADD
--------------------------	---	-----

MISCELLANEOUS DERMATOLOGICALS

ADBRY	2	PA; MO; QL (6 per 28 days)
AMERICERIN MOIST CREAM	3	ADD
<i>ammonium lactate 12% cream (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>ammonium lactate 12% lotion (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	MO
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	1	MO
ANTI-ITCH 2% CREAM EXTRA STRENGTH	3	ADD
ANTI-ITCH 2%-0.1% CREAM	3	ADD
AQUAPHILIC OINTMENT	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT ADV THERAPY, 2 PACK	3	MO; ADD

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

AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT ADVANCED THERAPY	3	MO; ADD
--	---	---------

AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT BABY, ADV THERAPY	3	MO; ADD
AQUAPHOR HEALING OINTMENT	3	ADD
ARBEM H-COSMETIC CREAM	3	ADD
ARBEM LIOPEN BASE	3	ADD
ARTHRITIS PAIN RLF 0.075% CRM	3	MO; ADD
AZ CREAM (RX)	3	ADD
BANOPHEN ANTI-ITCH 2% CREAM	3	MO; ADD
BASE 7542 CREAM	3	ADD
<i>benzoin compound tincture</i>	3	ADD
<i>benzoin tincture (otc)</i>	3	ADD
<i>benzoin tincture plain (rx)</i>	3	ADD
<i>beta care cream</i>	3	MO; ADD
BETA XMA CREAM	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>capsaicin 0.025% cream</i>	3	MO; ADD; QL (60 per 30 days)
CAPSAICIN 0.025% HEAT PATCH	3	ADD
<i>capsaicin 0.1% cream</i>	3	MO; ADD
CAPSAICIN 0.15% LIQUID	3	ADD; QL (60 per 30 days)
CARRINGTON MOIST BARRIER CREAM	3	ADD
CARRINGTON MOIST BARRIER CREAM	3	MO; ADD
CERAVE HEALING 46.5% OINTMENT	3	MO; ADD
CERAVE MOISTURIZING CREAM	3	MO; ADD
CERAVE SA CREAM	3	ADD
CETAPHIL CREAM	3	MO; ADD
CETAPHIL MOISTURIZING CREAM	3	MO; ADD
<i>chloroprocaine (pf)</i>	1	
CIBINQO	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COCONUT OIL CREAM	3	ADD
CRITIC-AID CLEAR OINTMENT 12'S	3	ADD
CRITIC-AID CLEAR OINTMENT 300'S	3	ADD
CUTTER BACKWOODS 25% SPRAY	3	ADD
CUTTER BACKWOODS DRY 25% SPRAY	3	ADD
CUTTER LEMON EUCALYPTUS SPRAY	3	ADD
CUTTER NATURAL REPELLENT SPRAY	3	ADD
CUTTER NATURAL REPELLENT2 SPRY	3	ADD
CUTTER SKINSATIONS 7% SPRAY	3	ADD
CVS DRY SKIN THERAPY CREME	3	ADD
CVS INSECT REPELLENT 15% SPRAY	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS MOISTURIZING CREAM (RX)	3	ADD
CVS TOTAL HOME INSECT 30% SPR	3	ADD
DAYLOGIC ADVANCED HEALING OINT	3	ADD
DERMABASE CREAM (RX)	3	MO; ADD
DERMACERIN CREAM (RX)	3	ADD
DERMACINRX SKIN REPAIR 5% CRM	3	ADD
DERMAGRAN 0.275% OINTMENT DG-4	3	ADD
DERMAGRAN 0.275% OINTMENT DT-4	3	ADD
DERMAMED OINTMENT 24'S, TUBE	3	ADD
DERMAPHOR OINTMENT	3	ADD
DERMAPHOR OINTMENT	3	MO; ADD
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; MO; QL (100 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DML FORTE CREAM W- PANTHENOL	3	MO; ADD
DRY SKIN TREATMENT	3	ADD
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	2	PA; MO; QL (4.56 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	2	PA; MO; QL (8 per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	2	PA; QL (1.34 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	2	PA; MO; QL (4.56 per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	2	PA; MO; QL (8 per 28 days)
EMOLLIA CREME	3	ADD
EMOLLIENT CREAM BASE	3	MO; ADD
EUCERIN ADVANC REPAIR HAND CRM	3	MO; ADD
EUCERIN CREAM (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EUCERIN CREME (RX)	3	MO; ADD
EUCERIN SKIN CALMING CREAM CREME	3	MO; ADD
EUCERIN SKIN CALMING CREAM CREME, FRAGRANCE-FREE	3	MO; ADD
FLANDERS BUTTOCKS OINTMENT	3	ADD
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	1	MO
<i>fluorouracil topical solution</i>	1	MO
<i>glycerin 99.5% liquid usp, anhydrous (otc)</i>	3	MO; ADD
GLYCERIN 99.5% SKIN PROTECT LQ USP (OTC)	3	MO; ADD
<i>glycerin 99.5% skin protect lq vegetable based, usp (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>glycerin 99.7% liquid (rx)</i>	3	ADD
<i>glycerin liquid (rx)</i>	3	ADD
<i>glycerin liquid anhydrous synthetic (otc)</i>	3	ADD
<i>glycerin liquid usp (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>glycerin liquid usp, ep (rx)</i>	3	ADD
<i>glycerin liquid usp, natural (rx)</i>	3	ADD
<i>glycerin skin protectant liq anhydrous synthetic (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>glydo</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
GS ITCH RELIEF 2%-0.1% CREAM	3	MO; ADD
HYDRASYN25 CREAM	3	ADD
HYDROLATUM OINTMENT 12'S	3	ADD
HYDROLATUM OINTMENT 57 GM X 24	3	ADD
HYDROPHILIC PETROLATUM (RX)	3	ADD
HYDROPHOR 42% OINTMENT	3	MO; ADD
HYDROUS EMULSIFIED BASE CREAM	3	ADD
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	MO
INSECT REPELLENT 20% SPRAY	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ITCH RELIEF 2%-0.1% CREAM	3	MO; ADD
ITCH RELIEF 2%-0.1% SPRAY	3	ADD
ITCH RELIEF 2%-0.1% SPRAY EXTRA STRENGTH	3	ADD
KERADAN CREAM	3	ADD
LEADER FINGERS SKIN CREAM (RX)	3	ADD
<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	1	
LIDOCAINE 4% CREAM	3	ADD
LIDOCAINE 4% CREAM	3	ADD; QL (30 per 30 days)
LIDOCAINE 4% CREAM OUTER	3	ADD; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	1	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal</i>	1	MO
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lidocaine topical ointment</i>	1	MO; QL (36 per 30 days)
<i>lidocaine viscous</i>	1	MO
<i>lidocaine-epinephrine</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
LIP BALM BASE (RX)	3	ADD
<i>methoxsalen</i>	1	MO
MICRODERM BASE CREAM	3	ADD
MICROSOME BASE CREAM	3	ADD
MINERIN CREME	3	MO; ADD
MOISTURIZING CREAM (RX)	3	ADD
NATRAPEL 20% SPRAY	3	ADD
NEUTROGENA NORWEGIAN FORMULA FRAGRANCE-FREE (RX)	3	MO; ADD
OFF ACTIVE 15% SPRAY	3	ADD
OFF DEEP WOODS 25% SPRAY	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PETROLATUM BASE OINTMENT	3	ADD
PFCB CREAM BASE	3	ADD
PHARMABASE ANTIOXIDANT CREAM (RX)	3	ADD
PHARMABASE COSMETIC CR NATURAL (RX)	3	ADD
PHARMABASE COSMETIC CREAM	3	ADD
PHARMABASE COSMETIC CRM LIGHT (RX)	3	ADD
PHARMABASE VAGINAL CREAM	3	ADD
PHYTOBASE CREAM (RX)	3	ADD
PICODERM CREAM	3	ADD
<i>pimecrolimus</i>	1	PA; MO; QL (100 per 30 days)
PNA-HRT BASE CREAM	3	ADD
<i>podofilox</i>	1	MO
<i>polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)</i>	1	
<i>polocaine-mpf</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PRETTY FEET & HANDS CREAM	3	ADD
PROPYLENE GLYCOL LIQUID (RX)	3	MO; ADD
PROPYLENE GLYCOL LIQUID USP (RX)	3	MO; ADD
QC ANTI-ITCH CREAM EXTRA STRENGTH	3	ADD
Q-DERM BASE CREAM	3	ADD
RANGER READY REPELLENT 20% SPR	3	ADD
REGRANEX	2	
REJUVACARE PLUS CREAM	3	ADD
REMEDY DIMETHICONE 5% CREAM	3	ADD
REMEDY SKIN REPAIR CREAM W/OLIVAMINE	3	MO; ADD
REPEL 100 98.11% SPRAY	3	ADD
REPEL FAMILY 10% SPRAY	3	ADD
REPEL FAMILY 15% SPRAY	3	ADD
REPEL HUNTER'S 25% SPRAY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
REPEL LEMON EUCALYPTUS 30% SPR	3	ADD
REPEL SPORTSMEN 25% SPRAY	3	ADD
REPEL SPORTSMEN DRY 25% SPRAY	3	ADD
REPEL SPORTSMEN MAX 40% LOTION	3	ADD
REPEL SPORTSMEN MAX 40% SPRAY	3	ADD
REPEL TICK DEFENSE 15% SPRAY	3	ADD
SALTSTABLE LO CREAM BASE	3	ADD
SANTYL	2	MO; QL (180 per 30 days)
S-C MEDSEPTIC SKIN PROTECTANT	3	ADD
S-C MEDSEPTIC SKIN PROTECTANT	3	ADD
S-C MOIST BARRIER OINT-ALOE	3	ADD
<i>silver sulfadiazine</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM ANTI-ITCH 2% CREAM EXTRA STRENGTH	3	ADD
<i>sm benzoin tincture nxfi</i>	3	ADD
SOOTHE AND COOL MOIST BARRIER OUTER	3	ADD
SORBIDON HYDRATE CREAM (RX)	3	ADD
SORBIDON HYDRATE CREAM 12'S (RX)	3	ADD
SORBOLENE CREAM	3	ADD
<i>ssd</i>	1	MO
STUDIO 35 MOIST SKIN CREAM	3	ADD
<i>tacrolimus topical</i>	1	PA; MO; QL (100 per 30 days)
TENDER CARE LANOLIN CREAM	3	ADD
THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM FRAGRANCE FREE	3	ADD
THERAPEUTIC MOISTURIZING CREAM FRAGRANCE-FREE	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
U-BASE CREAM BASE	3	ADD
ULTRATHON 25% REPELLENT SPRAY (RX)	3	ADD
ULTRATHON 34.34% REPEL LOTION	3	ADD
VALCHLOR	2	PA; MO
VANIBASE MOISTURIZING CREAM (RX)	3	ADD
VANIBASE TRADITIONAL FORMULA (RX)	3	ADD
VANICREAM SKIN CREAM (RX)	3	MO; ADD
VANICREAM SKIN CREAM 40LB PAIL (RX)	3	MO; ADD
VANICREAM SKIN CREAM NO DYE / FRAGRANCE (RX)	3	MO; ADD
VANICREAM SKIN CREAM W/PUMP DISPENSER (RX)	3	MO; ADD
VERSATILE CREAM BASE (RX)	3	ADD
VERSIGEL CREAM BASE	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VITAMIN E OINTMENT	3	ADD
V-MAX BASE CREAM	3	ADD
XCEL 100 CREAM	3	ADD
XERAC AC 6.25% SOLUTION	3	MO; ADD
ZIKS ARTHRITIS PAIN RELIEF	3	MO; ADD
MOSQUITO REPELLANTS		
CUTTER 10% SPRAY	3	ADD
CUTTER ALL FAMILY 7% SPRAY	3	ADD
CUTTER ALL FAMILY 7.15% WIPE	3	ADD
CUTTER BACKWOODS DRY 25% SPRAY	3	ADD
CUTTER DRY 10% SPRAY	3	ADD
CUTTER SKINSATIONS 7% SPRAY	3	ADD
CUTTER SPORT 15% SPRAY	3	ADD
MAXI-DEET 98.11% SPRAY	3	ADD
NATRAPEL 20% SPRAY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OFF ACTIVE 15% SPRAY	3	ADD
OFF DEEP WOODS 25% TOWELETTE	3	ADD
OFF FAMILYCARE(WITH PICARIDIN) TOPICAL SPRAY WITH PUMP 5 %	3	ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB (RX)	3	ADD
REPEL 30% WIPE	3	ADD
REPEL FAMILY TOPICAL AEROSOL POWDER 15 %	3	ADD
REPEL SPORTSMEN 29% SPRAY	3	ADD
SAWYER CONTROL RELEASE 20% LOT	3	ADD
THERAPY FOR ACNE		
<i>accutane</i>	1	
ACNE MEDICATION 10% GEL	3	MO; ADD
ACNE MEDICATION 10% LOTION	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ACNE MEDICATION 2.5% GEL	3	MO; ADD
ACNE MEDICATION 5% GEL	3	MO; ADD
ACNE MEDICATION 5% LOTION	3	MO; ADD
<i>adapalene 0.1% gel (otc)</i>	3	ADD
ADAPALENE 0.1% GEL (OTC)	3	ADD
<i>amnesteem</i>	1	
<i>azelaic acid</i>	1	MO
BENZEFOAM 5.3% EMOLLIENT FOAM (OTC)	3	ADD
<i>benzoyl peroxide 10% gel (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 10% gel aqueous (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 10% wash (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 2.5% gel (otc)</i>	3	ADD
<i>benzoyl peroxide 5% gel aqueous (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 5% wash (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 6% cleanser (otc)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BPO 6% FOAMING CLOTHS (OTC)	3	MO; ADD
<i>claravis</i>	1	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily</i>	1	MO; QL (150 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
DERMACINRX ATRIX 2% TONER	3	ADD
DIFFERIN 0.1% GEL (OTC)	3	MO; ADD
<i>ery pads</i>	1	MO
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	1	MO
<i>isotretinoin</i>	1	
<i>ivermectin topical cream</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metronidazole topical</i>	1	MO
<i>tazarotene topical cream</i>	1	PA; MO
<i>tazarotene topical gel</i>	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>tretinoin topical</i>	1	PA; MO
<i>zenatane</i>	1	
TOPICAL ANTIBACTERIALS		
<i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt</i>	3	MO; ADD
<i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt outer</i>	3	MO; ADD
<i>bacitracin zn 500 unit/gm oint</i>	3	ADD
<i>bacitracin zn 500 unit/gm oint</i>	3	MO; ADD
BACITRACIN ZN 500 UNIT/GM OINT	3	ADD
<i>bacitracin zn 500 unit/gm oint usp</i>	3	MO; ADD
BETADINE 10% SOLUTION	3	MO; ADD
BETADINE 10% SOLUTION ANTISEPTIC	3	MO; ADD
BETADINE 10% SOLUTION HOSP.SIZE,ANTISEPTIC	3	MO; ADD
BETADINE 5% SPRAY	3	ADD
BETADINE 7.5% SCRUB SCRUB,W/O PUMP	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BETADINE 7.5% SCRUB SCRUB,W/PUMP	3	ADD
BETADINE 7.5% SURGICAL SCRUB	3	ADD
BETADINE SURGICAL SCRUB	3	ADD
BETADINE SWABSTICKS 200'S	3	ADD
BETADINE SWABSTICKS 50'S	3	ADD
FIRST AID ANTISEPTIC 10% OINT	3	MO; ADD
<i>gentamicin topical</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
GS FIRST AID ANTIBIOTIC OINT	3	ADD
<i>hm bacitracin zn 500 unit/gm</i>	3	MO; ADD
HM DOUBLE ANTIBIOTIC OINTMENT	3	MO; ADD
<i>hm povidone-iodine 10% soln</i>	3	ADD
HM TRIPLE ANTIBIOTIC OINTMENT	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS OINT MAXIMUM STRENGTH	3	MO; ADD
<i>mupirocin</i>	1	MO; QL (44 per 30 days)
POLY BACITRACIN OINTMENT	3	ADD
<i>povidone-iodine 10% solution</i>	3	ADD
<i>qc povidone-iodine 10% soln</i>	3	ADD
QC TRIPLE ANTIBIOTIC-PAIN OINT	3	ADD
SM ANTIBIOTIC 500 UNIT/GM OINT	3	ADD
SM ANTIBIOTIC PLUS CREAM MAXIMUM STRENGTH	3	ADD
SM DOUBLE ANTIBIOTIC OINT	3	MO; ADD
<i>sm povidone-iodine 10% soln</i>	3	ADD
SM TRIPLE ANTIBIOTIC OINTMENT	3	MO; ADD
SM TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS OINT MAXIMUM STRENGTH	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	1	MO
TRIPLE ANTIBIOTIC OINTMENT	3	MO; ADD
TRIPLE ANTIBIOTIC OINTMENT PKT (OTC)	3	ADD
TRIPLE ANTIBIOTIC OINTMENT PKT OUTER (OTC)	3	ADD
TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS OINT MAXIMUM STRENGTH	3	MO; ADD
TRIPLE ANTIBIOTIC PLUS OINTMENT	3	MO; ADD
TRIPLE ANTIBIOTIC-PAIN OINT	3	ADD
TOPICAL ANTIFUNGALS		
ALEVAZOL 1% OINTMENT	3	MO; ADD
ANTIFUNGAL 1% CREAM	3	ADD
ANTIFUNGAL 1% TOPICAL CREAM	3	ADD
ANTIFUNGAL 2% POWDER	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ATHLETE'S FOOT 1% CREAM	3	ADD
ATHLETE'S FOOT 1% POWDER SPRAY	3	ADD
ATHLETE'S FOOT 2% POWDER SPRAY	3	ADD
BAZA ANTIFUNGAL 2% CREAM	3	MO; ADD
<i>butenafine hcl 1% cream</i>	3	MO; ADD
CARRINGTON ANTIFUNGAL 2% CREAM	3	ADD
<i>ciclodan topical solution</i>	1	MO; QL (6.6 per 28 days)
<i>ciclopirox topical cream</i>	1	MO; QL (90 per 28 days)
<i>ciclopirox topical gel</i>	1	MO; QL (100 per 28 days)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 per 28 days)
<i>ciclopirox topical solution</i>	1	MO; QL (6.6 per 28 days)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	1	MO; QL (60 per 28 days)
<i>clotrimazole 1% solution (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>clotrimazole 1% topical cream (otc)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	1	MO; QL (45 per 28 days)
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	1	MO; QL (30 per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	1	MO; QL (45 per 28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	1	MO; QL (60 per 28 days)
CRITIC-AID CLEAR AF 2% OINT 12'S, W/ ANTIFUNGAL	3	MO; ADD
CRITIC-AID CLEAR AF 2% OINT 300'S, W/ ANTIFUNGAL	3	MO; ADD
CVS JOCK ITCH 1% CREAM	3	ADD
<i>econazole</i>	1	MO; QL (85 per 28 days)
FUNGOID 2% TINCTURE	3	MO; ADD
GNP ATHLETE'S FOOT 1% CREAM	3	ADD
GS ATHLETE'S FOOT 1% LQ SPRAY	3	ADD
INZO ANTIFUNGAL 2% CREAM	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ketoconazole topical cream</i>	1	MO; QL (60 per 28 days)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 per 28 days)
LAMISIL AT 1% CREAM	3	MO; ADD
LAMISIL AT 1% CREAM ATHLETE'S FOOT	3	MO; ADD
<i>miconazole 2% topical cream</i>	3	MO; ADD
MICOTRIN AL 1% LIQUID	3	ADD
MICRO-GUARD 2% POWDER 12'S,ANTIFUNGAL	3	MO; ADD
<i>naftifine topical cream</i>	1	MO; QL (60 per 28 days)
<i>naftifine topical gel 2 %</i>	1	MO; QL (60 per 28 days)
NAFTIN TOPICAL GEL 2 %	2	MO; QL (60 per 28 days)
<i>nyamyc</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>nystatin topical cream</i>	1	MO; QL (30 per 28 days)
<i>nystatin topical ointment</i>	1	MO; QL (30 per 28 days)
<i>nystatin topical powder</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	1	MO; QL (60 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nystop</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>qc tolnaftate 1% cream</i>	3	MO; ADD
REMEDY ANTIFUNGAL 2% CREAM	3	ADD
SM ANTIFUNGAL 1% CREAM	3	ADD
SM ANTIFUNGAL 1% TOPICAL CREAM	3	ADD
SM ATHLETE'S 1% FOOT CREAM	3	ADD
<i>sm miconazole 2% topical cream</i>	3	MO; ADD
<i>terbinafine 1% cream</i>	3	MO; ADD
<i>terbinafine 1% cream antifungal</i>	3	MO; ADD
<i>tolnaftate 1% cream</i>	3	MO; ADD
TOPICAL ANTIVIRALS		
<i>acyclovir topical ointment</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
DENAVIR	2	MO; QL (5 per 30 days)
<i>penciclovir</i>	1	MO; QL (5 per 30 days)
TOPICAL CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ala-cort topical cream 2.5 %</i>	1	
<i>alclometasone</i>	1	MO
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	1	MO
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	1	MO
<i>betamethasone, augmented</i>	1	MO
<i>clobetasol scalp</i>	1	MO; QL (100 per 28 days)
<i>clobetasol topical cream</i>	1	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical foam</i>	1	MO; QL (100 per 28 days)
<i>clobetasol topical gel</i>	1	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical lotion</i>	1	MO; QL (118 per 28 days)
<i>clobetasol topical ointment</i>	1	MO; QL (120 per 28 days)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	1	MO; QL (236 per 28 days)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	1	MO; QL (120 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clodan</i>	1	MO; QL (236 per 28 days)
<i>desonide</i>	1	MO
<i>fluocinolone</i>	1	MO
<i>fluocinolone and shower cap</i>	1	MO
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical gel</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide topical solution</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide-emollient</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
GS ANTI-ITCH 1% CREAM	3	ADD
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>hm hydrocortisone 1% cream max str, w/aloe (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hm hydrocortisone 1% cream plus 12 moisturizers (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 0.5% cream</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hydrocortisone 0.5% cream (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% cream</i>	3	ADD
<i>hydrocortisone 1% cream (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% cream max str, w/aloe (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% cream maximum strength (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% cream moisturizer, max. str (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% ointment</i>	3	ADD
<i>hydrocortisone 1% ointment (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% ointment maximum strength (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	MO
<i>hydrocortisone-aloe 1% cream</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>mometasone topical</i>	1	MO
<i>prednicarbate topical ointment</i>	1	
<i>sm hydrocortisone 1% ointment maximum strength (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm hydrocortisone plus 1% crm</i>	3	ADD
<i>sm hydrocortisone-aloe 1% crm</i>	3	MO; ADD
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>triderm topical cream</i>	1	
TOPICAL SCABICIDES / PEDICULICIDES		
<i>crotan</i>	1	
DANDRUFF 1% SHAMPOO	3	ADD
DHS ZINC 2% SHAMPOO	3	MO; ADD
GS LICE KILLING SHAMPOO W/NIT COMB	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM LICE KILLING SHAMPOO 1 NIT COMB INCLUDED	3	ADD
HM LICE TREATMENT 1% CRM RINSE	3	ADD
LICE KILLING SHAMPOO	3	ADD
LICE KILLING SHAMPOO W/NIT COMB	3	ADD
LICE TREATMENT 1% CREME RINSE 1 NIT REMOVAL COMB	3	ADD
LICE TREATMENT SHAMPOO 1 NIT COMB INCLUDED	3	ADD
<i>malathion</i>	1	MO
<i>permethrin</i>	1	MO
SB LICE KILLING SHAMPOO MAXIMUM STRENGTH	3	ADD
SM LICE TREATMENT 1% CRM RINSE	3	ADD
VANALICE GEL	3	ADD

DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS

ANTIDOTES

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acetylcysteine intravenous</i>	1	
ENZYMES		
CO Q-10 10 MG CAPSULE (RX)	3	ADD
CO Q-10 100 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 100 MG CAPSULE P/F	3	ADD
CO Q-10 100 MG CAPSULE P/F (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 100 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CO Q-10 100 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 100 MG SOFTGEL P/F (RX)	3	ADD
CO Q-10 100 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CO Q-10 100 MG SOFTGEL, N, P/F (RX)	3	ADD
CO Q-10 100 MG SOFTGEL, P/F (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 100 MG SOFTGEL, P/F, GLU TEN/F (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CO Q-10 100 MG SOFTGEL SOFTGEL,P/F, GLU TEN-F (RX)	3	ADD
CO Q10 200 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 200 MG CAPSULE BONUS SIZE, P/F (RX)	3	ADD
CO Q-10 200 MG CAPSULE P/F, MILK-FREE (RX)	3	ADD
CO Q-10 200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 200 MG SOFTGEL P/F, NO LACTOSE (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 200 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CO Q-10 200 MG SOFTGEL SOFTGEL, EXTRA STR (RX)	3	ADD
CO Q-10 30 MG CAPSULE INNER (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 30 MG CAPSULE OUTER (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 30 MG CAPSULE P/F, Y/F (RX)	3	ADD
CO Q-10 30 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CO Q10 30 MG SOFTGEL SOFTGEL, P/F (RX)	3	ADD
CO Q-10 300 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CO Q-10 300 MG SOFTGEL SOFTGEL,P/F (RX)	3	ADD
CO Q-10 400 MG SOFTGEL GLUTEN- FREE,SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 400 MG SOFTGEL SOFTGEL, P/F (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 400 MG SOFTGEL Y/F,P/F,SFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 50 MG CAPSULE (RX)	3	ADD
CO Q-10 50 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CO Q-10 50 MG P/F,LACT/F, SOFTGEL (RX)	3	ADD
CO Q-10 50 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CO Q10 60 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CO Q10 60 MG CAPSULE P/F (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q10 10 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q-10 100 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q10 100 MG CAPSULE P/F, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q-10 100 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q-10 100 MG SOFTGEL LAC-GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q-10 100 MG SOFTGEL P/F, N (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q-10 100 MG SOFTGEL SOFTGEL, P/F (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q10 200 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q10 200 MG CAPSULE GLUTEN-FREE, P/F (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COENZYME Q-10 200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q-10 200 MG SOFTGEL SOFTGEL, P/F (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q10 30 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q10 50 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q10 50 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q10 60 MG CAPSULE GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
COENZYME Q-10 POWDER (RX)	3	ADD
CVS CO Q-10 100 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CVS CO Q-10 200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CVS CO Q-10 400 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CVS CO Q-10 50 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EQL CO Q-10 100 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
EQL CO Q-10 200 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
GNP CO Q-10 100 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
GNP CO Q-10 200 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
GNP CO Q-10 60 MG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
H2Q 100 MG CAPSULE VEGACAPSULE	3	ADD
HM CO Q-10 100 MG SOFTGEL SOFTGEL, GLUTEN-FREE (RX)	3	ADD
LIQ-10 100 MG/5 ML SYRUP	3	ADD
NEOQ10 SOFTGEL	3	ADD
Q-SORB CO Q-10 100 MG SOFTGEL	3	ADD
Q-SORB CO Q-10 200 MG SOFTGEL P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
RA COENZYME Q-10 100 MG SOFTGL (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RA COENZYME Q-10 100 MG SOFTGL SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
RA COENZYME Q10 200 MG SOFTGEL SOFTGEL,P/F,D/F (RX)	3	MO; ADD
SM CO Q-10 100 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
SM COENZYME Q-10 100 MG SFTGL SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
SM COENZYME Q-10 100 MG SFTGL SOFTGEL, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
SV CO Q-10 100 MG SOFTGEL SOFTGEL, P/F (RX)	3	ADD
SV CO Q-10 400 MG SOFTGEL SOFTGEL,P/F, GLUTEN-F (RX)	3	MO; ADD
SV CO Q-10 50 MG SOFTGEL SOFTGEL,P/F, GLUTEN-F (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SV Q-SORB CO Q-10 100 MG SFTGL SOFTGEL , P/F	3	ADD
SV Q-SORB CO Q-10 200 MG SFTGL P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
SV Q-SORB CO Q-10 200 MG SFTGL SOFTGEL	3	ADD
IRRIGATING SOLUTIONS		
<i>lactated ringers irrigation</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	1	
<i>ringer's irrigation</i>	1	
MISCELLANEOUS AGENTS		
<i>acamprosate</i>	1	MO
<i>acetic acid irrigation</i>	1	MO
<i>alpha lipoic acid 100 mg cap</i>	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 100 MG CAP	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CAP P/F	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CAP P/F,D/F, GLUTEN/F	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CAP P/F, GLUTEN-FREE	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ALPHA LIPOIC ACID 300 MG CAP	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 300 MG SFTGL	3	MO; ADD
<i>alpha lipoic acid 600 mg cap gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>alpha lipoic acid 600 mg cap gluten-free, ex str (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>alpha lipoic acid 600 mg cap p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>anagrelide</i>	1	MO
BENZYL ALCOHOL LIQUID NF (RX)	3	ADD
BENZYL BENZOATE LIQUID (RX)	3	ADD
<i>caffeine citrate intravenous</i>	1	
<i>caffeine citrate oral</i>	1	MO
CAFFEINE POWDER USP, ANHYDROUS (RX)	3	ADD
<i>carglumic acid</i>	1	PA
<i>cevimeline</i>	1	MO
CHEMET	2	PA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	2	B/D PA
<i>cvs glucose 4 gram tablet chew assorted fruit (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs glucose 4 gram tablet chew n, no caffeine (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS GLUCOSE 40% GEL	3	ADD
CVS GLUCOSE 40% GEL 3'S (RX)	3	ADD
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>deferasirox</i>	1	PA; MO
<i>deferiprone</i>	1	PA; MO
<i>deferoxamine</i>	1	B/D PA; MO
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET FRUIT PUNCH,GO-POUCH	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET MANGO TWIST,GO-POUCH	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET TROPICAL, GO-POUCH	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW ASSORTED FLAVORS (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW CITRUS PUNCH (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW GLUTEN-F, TROPICAL (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW GLUTEN-FREE (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW GRAPE FLAVOR (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW GRAPE, GLUTEN-FREE (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW ORANGE FLAVOR (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW ORANGE, GLUTEN-FREE (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW ORANGE, GLUTEN-FREE (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW RASPBERRY FLAVOR (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW RSPBERRY, GLUTEN-FREE (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW SOUR APPLE (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 4 GM TABLET CHEW WATERMELON FLAVOR (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DEX4 GLUCOSE LIQUID BERRY TWIST (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE LIQUID GRAPE (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE LIQUID MANGO TWIST (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE TAB POUCH PACK	3	ADD
DEX4 QUICK DISSOLVE TAB CHEW	3	ADD
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	1	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	1	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	1	MO
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	1	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	1	
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	1	MO
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA; MO
<i>drug mart glucose 4 gm tab chw orange flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>drug mart glucose 4 gm tab chw raspberry flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML VIAL OUTER, SUV	3	MO; ADD
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML VIAL SUV, OUTER	3	MO; ADD
FRUCTOSE GRANULES USP (RX)	3	ADD
GLUCO BURST 40% GEL	3	ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew assort fruit flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew n (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew n,caffeine free (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>glucose 4 gram tablet chew n,raspberry (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew nree (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>glucose 4 gram tablet chew raspberry flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
GLUTOSE-5 GEL OUTER	3	ADD
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew orange, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew 6x10's, orange (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew 6x10's, raspberry (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew grape (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew orange (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew raspberry (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew watermelon (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew watermelon flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp quick dissolve glucose tab n,caffeine free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gs glucose 4 gram tablet chew (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gs glucose 4 gram tablet chew gluten-f,n, fruit (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gs glucose 4 gram tablet chew gluten-f,n, grape (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gs glucose 4 gram tablet chew gluten-f,n,citrus (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gs glucose 4 gram tablet chew gluten-f,n,orange (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gs glucose 4 gram tablet chew gluten-f,n,tropic (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gs glucose 4 gram tablet chew gluten-f,na-f,rasp (rx)</i>	3	MO; ADD
INCRELEX	2	MO; LA
<i>kro glucose 4 gram tablet chew (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>kro glucose 4 gram tablet chew gluten-f,n,grape (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>kro glucose 4 gram tablet chew gluten-f,n,orange (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>kroger glucose 4 gram tab chew orange (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>kroger glucose 4 gram tab chew raspberry (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>kroger glucose 4 gram tab chew watermelon (rx)</i>	3	MO; ADD
LACTOSE ANHYDROUS POWDER NF (RX)	3	ADD
LACTOSE MONOHYDRATE POWDER NF (RX)	3	ADD
LACTOSE MONOHYDRATE POWDER NF, HYDROUS (RX)	3	ADD
LACTOSE MONOHYDRATE POWDER NF, SPRAY DRIED (RX)	3	ADD
LACTOSE POWDER USP/NF, ANHYDROUS	3	ADD
L-CARNITINE POWDER (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>leader glucose 4 gm tab chew orange flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>leader glucose 4 gm tab chew raspberry flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>leader glucose 4 gm tab chew watermelon flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>leader quick dissolve gluc tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1	MO
L-GLUTAMINE POWDER FCC	3	ADD
L-GLUTAMINE POWDER USP (RX)	3	ADD
L-GLUTATHIONE POWDER USP (RX)	3	ADD
LOKELMA	2	MO
LOLLIBASE POWDER	3	ADD
<i>longs glucose 4 gram tab chew orange flavor (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>longs glucose 4 gram tab chew raspberry flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>methylcellulose 1,500 cps pwd (rx)</i>	3	ADD
<i>methylcellulose 4,000 cps pwd</i>	3	ADD
METHYLCELLULOSE 4,000 CPS PWD	3	ADD
METHYLCELLULOSE 400 CP POWDER	3	ADD
<i>midodrine</i>	1	MO
<i>ms quick dissolve glucose tab (rx)</i>	3	MO; ADD
MX-SOL SYRUP	3	ADD
<i>nitisinone</i>	1	PA; MO
ORA-BLEND SF SUSPENSION	3	ADD
ORAL MIX VEHICLE	3	ADD
ORAL SUSPEND VEHICLE	3	ADD
ORAL SYRUP SF VEHICLE	3	ADD
ORAL SYRUP VEHICLE	3	ADD
ORA-SWEET ORAL SYRUP	3	ADD
ORA-SWEET-SF SYRUP	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PEGBLEND WAX (RX)	3	ADD
<i>pilocarpine hcl oral</i>	1	MO
<i>polyethylene glycol 1000 pd nf (rx)</i>	3	ADD
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 POWD NF (RX)	3	ADD
<i>polyethylene glycol 8000 powd (rx)</i>	3	ADD
<i>preferred plus glucose tab chw grape (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>preferred plus glucose tab chw orange flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>preferred plus glucose tab chw raspberry flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>preferred plus glucose tab chw watermelon flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
PROLASTIN-C	2	PA; LA
<i>pub glucose 4 gram tablet chew assorted fruit (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>pub glucose 4 gram tablet chew orange (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>pub glucose 4 gram tablet chew raspberry flavor (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pub glucose 4 gram tablet chew sour apple flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
RAVICTI	2	PA; MO
<i>relion glucose 4 gram tab chew hri, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
REVCIVI	2	PA; LA
<i>riluzole</i>	1	PA; MO
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>sesame oil nf (rx)</i>	3	ADD
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>sm glucose 4 gram tab chew (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm glucose 4 gram tab chew 12's (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>smart sense glucose 4 gram tab assorted fruit (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>smart sense glucose 4 gram tab grape, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>smart sense glucose 4 gram tab orange, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>smart sense glucose 4 gram tab raspberry (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml inner, p/f, sdv</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sps (with sorbitol) rectal</i>	1	
SV ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CP P/F	3	MO; ADD
SYRPALTA SYRUP	3	ADD
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO
TRUEPLUS GLUCOSE 15 GRAM GEL	3	MO; ADD
UNISPEND ANHYDROUS SWEET SUSP	3	ADD
<i>up&up glucose 4 gram tab chew orange (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>up&up glucose 4 gram tab chew raspberry (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>up&up glucose 4 gram tab chew tropical fruit (rx)</i>	3	MO; ADD
VALUE PLUS GLUCOSE 40% GEL 3'S, TROPICAL FRUIT (RX)	3	ADD
<i>value plus glucose tablet chew assorted fruit (otc)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>value plus glucose tablet chew grape (otc)</i>	3	MO; ADD
VELPHORO	2	MO; QL (180 per 30 days)
VELTASSA	2	MO
<i>water for irrigation, sterile</i>	1	MO
XIAFLEX	2	PA
ZINC SULFATE HEPTAHYDRATE POWD USP (RX)	3	ADD
ZINC SULFATE HEPTAHYDRATE POWD USP, GRANULAR (RX)	3	ADD
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	1	PA; MO
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS		
GRAPE FLAVOR SYRUP (RX)	3	ADD
MX-SOL BLEND	3	ADD
MX-SOL BLEND SF	3	ADD
MX-SOL SF SYRUP	3	ADD
MX-SOL SUSPEND	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ORA-BLEND SUSPENSION	3	ADD
ORAL MIX SF VEHICLE	3	ADD
ORA-PLUS SUSPENDING VEHICLE	3	ADD
PCCA CLARIFYING BASE	3	ADD
SYRSPEND SF ALKA POWDER	3	ADD
SYRSPEND SF LIQUID (RX)	3	ADD
SYRSPEND SF LIQUID CHERRY (RX)	3	ADD
SYRSPEND SF LIQUID GRAPE (RX)	3	ADD
SYRSPEND SF POWDER DRY & UNFLAVORED (RX)	3	ADD
SMOKING DETERRENTS		
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	1	
<i>gs nicotine 2 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 2 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 2 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gs nicotine 4 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 4 mg chewing gum original</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 4 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>gs nicotine 4 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 14 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 2 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 2 mg chewing gum mint</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 2 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 2 mg lozenge mint, 3 quittube</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 2 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD
HM NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 21 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 4 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 4 mg chewing gum mint</i>	3	MO; ADD
HM NICOTINE 4 MG LOZENGE	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hm nicotine 4 mg lozenge mint, 3 quittube</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 4 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>hm nicotine 7 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
NICODERM CQ 14 MG/24HR PATCH	3	MO; ADD
NICODERM CQ 14 MG/24HR PATCH OUTER	3	MO; ADD
NICODERM CQ 21 MG/24HR PATCH	3	MO; ADD
NICODERM CQ 21 MG/24HR CLEAR PATCH	3	MO; ADD
NICODERM CQ 21 MG/24HR PATCH OUTER	3	MO; ADD
NICODERM CQ 7 MG/24HR PATCH OUTER	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG CHEWING GUM CINNAMON SURGE	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG CHEWING GUM FRUIT CHILL	3	MO; ADD
NICORETTE 2 MG CHEWING GUM MINT	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nicotine 4 mg lozenge mint, 3 quittube</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg lozenge outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg mini lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg mini lozenge inner</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg mini lozenge mini,mint,3 quittube</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg mini lozenge outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 7 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 7 mg/24hr patch outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 7 mg/24hr patch outer, clear, step 3 (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 7 mg/24hr patch step 3 (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine transdermal system step 1,2,3</i>	3	MO; ADD
NICOTROL	2	
NICOTROL NS	2	MO
<i>sm nicotine 14 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm nicotine 2 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm nicotine 2 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>sm nicotine 21 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm nicotine 4 mg chewing gum</i>	3	MO; ADD
<i>sm nicotine 4 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>sm nicotine 7 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>varenicline</i>	1	MO

EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS

MISCELLANEOUS AGENTS

4 WAY 1% NASAL SPRAY	3	ADD
ALTAMIST 0.65% NOSE SPRAY	3	ADD
AYR ALLERGY & SINUS NASAL MIST	3	MO; ADD
AYR SALINE 0.65% NOSE DROPS	3	MO; ADD
AYR SALINE 0.65% NOSE SPRAY	3	MO; ADD
AYR SALINE NASAL GEL	3	MO; ADD
AYR SALINE NASAL GEL SPRAY	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>azelastine nasal aerosol,spray</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol</i>	1	QL (60 per 30 days)
BABY AYR SALINE 0.65% DROPS	3	MO; ADD
BENZEDREX INHALER	3	ADD
CHILD MUCINEX STUFFY NOSE SPRAY	3	ADD
CHILD SALINE 0.65% NASAL SPRAY	3	ADD
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	1	MO
CVS NASAL MIST 0.9% SPRAY	3	ADD
CVS SALINE 0.65% NASAL SPRAY	3	ADD
DEEP SEA 0.65% NOSE SPRAY	3	MO; ADD
DENTA 5000 PLUS CREAM	3	ADD; QL (2 per 50 days)
DENTA 5000 PLUS CREAM	3	ADD; QL (2 per 90 days)
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DENTAGEL 1.1% GEL	3	MO; ADD; QL (2 per 50 days)
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	1	MO
EQ NASAL 0.65% SPRAY	3	ADD
EQL SALINE 0.65% NASAL SPRAY	3	ADD
<i>fluoride (sodium) dental cream</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental paste</i>	1	MO
GNP NASAL MOIST 0.65% SPRAY	3	ADD
GNP SALINE 0.65% NOSE SPRAY	3	ADD
GS NASAL FOUR 1% SPRAY	3	ADD
GS NASAL MOIST 0.65% SPRAY	3	ADD
GS NASAL SPRAY 0.05%	3	MO; ADD
GS NO DRIP 0.05% NASAL SPRAY	3	ADD
GS SINUS NASAL SPRAY 0.05%	3	ADD
HM NOSE DROPS	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM ORIGINAL NASAL SPRAY 0.05% 12 HOUR, GLUTEN-FREE	3	ADD
HM SALINE 0.65% NASAL SPRAY GLUTEN-FREE	3	ADD
HM SINUS NASAL SPRAY 0.05%	3	ADD
<i>ipratropium bromide nasal</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>kourzeq</i>	1	
LITTLE REMEDIES 0.65% SPRAY FOR NOSES	3	MO; ADD
LITTLE REMEDIES SALINE MIST	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX NASAL SPRAY	3	ADD
NASADROPS SALINE ON THE GO AMP	3	ADD
NASAL DECONGESTANT 0.05% SPRAY	3	MO; ADD
NASAL FOUR 1% SPRAY	3	ADD
NASAL MIST 0.9% SPRAY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NASAL SPRAY 0.05%	3	MO; ADD
NASAL SPRAY 0.05% 12 HOUR RELIEF	3	ADD
NASAL SPRAY 0.05% 12 HOUR,NO DRIP	3	ADD
NASAL SPRAY 0.05% 12 HOUR,ORIGINAL	3	ADD
NASAL SPRAY 0.05% 12 HOUR,SINUS	3	ADD
NASAL SPRAY 0.05% 12HR, ORIGINAL	3	MO; ADD
NASAL SPRAY 0.05% EXTRA MOISTURIZING	3	ADD
NASAL SPRAY 1%	3	ADD
NASAL SPRAY ORIGINAL 0.05% 12 HR RELIEF	3	MO; ADD
NASOGEL NASAL SPRAY	3	MO; ADD
NASOGEL SALINE NOSE GEL	3	MO; ADD
NO DRIP 0.05% NASAL SPRAY	3	ADD
<i>oralone</i>	1	
<i>perigard</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	2	MO
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	2	MO
PUB SALINE 0.65% NASAL SPRAY	3	ADD
RA NASAL MIST 0.9% SPRAY	3	ADD
RA SALINE 0.65% NASAL SPRAY	3	ADD
RA SALINE 0.65% NOSE SPRAY	3	ADD
SALINE 0.65% NASAL SPRAY	3	ADD
SALINE 0.65% NASAL SPRAY MOISTURIZING	3	ADD
SALINE MIST 0.65% NOSE SPRAY	3	MO; ADD
SALINE NASAL GEL	3	ADD
SF 1.1% GEL	3	MO; ADD; QL (2 per 50 days)
SF 5000 PLUS CREAM	3	MO; ADD; QL (2 per 50 days)
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	MO
<i>sf dental gel 1.1 %</i>	1	MO
SINUS RELIEF 1% NASAL SPRAY	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM NASAL 0.05% SPRAY 12 HOUR, ORIGINAL	3	ADD
SM NASAL SPRAY 0.05%	3	MO; ADD
SM NASAL SPRAY 0.05% EXTRA MOISTURIZING	3	ADD
SM NASAL SPRAY SINUS	3	ADD
SM NOSE DROPS	3	ADD
SM SALINE 0.65% NASAL SPRAY	3	ADD
SODIUM BENZOATE POWDER NF (RX)	3	ADD
<i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i>	1	MO
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	1	MO
MISCELLANEOUS OTIC PREPARATIONS		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	1	MO
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	1	MO
EAR DROPS 6.5%	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EAR WAX REMOVAL 6.5% DROP	3	ADD
EAR WAX REMOVAL 6.5% KIT	3	ADD
<i>flac otic oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	MO
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	MO
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	1	MO
OTIC STEROID / ANTIBIOTIC		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	1	MO
ENDOCRINE/DIABETES		
ADRENAL HORMONES		
<i>cortisone</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral solution</i>	1	MO
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution</i>	1	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate injection</i>	1	MO
<i>fludrocortisone</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral</i>	1	MO
<i>methylprednisolone acetate</i>	1	MO
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	1	MO
<i>prednisolone oral solution</i>	1	MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	
--	---	--

<i>prednisone</i>	1	MO
-------------------	---	----

<i>prednisone intensol</i>	1	MO
----------------------------	---	----

<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	MO
--	---	----

ANTITHYROID AGENTS

<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
--	---	----

<i>propylthiouracil</i>	1	MO
-------------------------	---	----

DIABETES THERAPY

<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
------------------------------------	---	-------------------------

<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
-----------------------------------	---	--------------------------

<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
-----------------------------------	---	--------------------------

<i>alcohol pads</i>	2	
---------------------	---	--

BAQSIMI	2	MO
---------	---	----

BYDUREON BCISE	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)
----------------	---	----------------------------

BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML	2	PA; MO; QL (2.4 per 30 days)
---	---	------------------------------

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

BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML	2	PA; MO; QL (1.2 per 30 days)
---	---	------------------------------

CHEMSTRIP 10 MD	3	ADD
-----------------	---	-----

CHEMSTRIP 50B	3	ADD
---------------	---	-----

CHEMSTRIP 7	3	ADD
-------------	---	-----

COMBISTIX REAGENT STRIPS	3	ADD
--------------------------	---	-----

CVS KETONE CARE TEST STRIP	3	ADD
----------------------------	---	-----

<i>diazoxide</i>	1	MO
------------------	---	----

FARXIGA ORAL TABLET 10 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
---------------------------	---	-------------------------

FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
--------------------------	---	-------------------------

<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
-------------------------------------	---	--------------------------

<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
-------------------------------------	---	--------------------------

<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
-------------------------------------	---	-------------------------

<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
------------------------------------	---	--------------------------

<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
-----------------------------------	---	--------------------------

<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
--	---	-------------------------

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
GLYXAMBI	2	MO; QL (30 per 30 days)
GVOKE	2	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML	2	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML	2	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	2	MO
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	2	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	2	MO
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	2	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	2	MO
HEMA-COMBISTIX REAGENT STRIPS	3	ADD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	2	MO
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	2	MO
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	2	MO
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	2	MO
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	2	MO
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
JANUVIA	2	MO; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE	2	MO; QL (30 per 30 days)
KETO-DIASTIX REAGENT STRIPS	3	MO; ADD
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 2.5-1,000 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
LABSTIX REAGENT STRIPS	3	ADD
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	2	MO
LANTUS U-100 INSULIN	2	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	2	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LYUMJEV U-100 INSULIN	2	MO
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	MO; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
MOUNJARO	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
MULTISTIX 10 SG REAGENT STRIPS	3	MO; ADD
MULTISTIX 5 STRIPS	3	ADD
MULTISTIX 7 REAGENT STRIPS	3	ADD
MULTISTIX 8 SG REAGENT STRIPS	3	ADD
MULTISTIX 9 REAGENT STRIPS	3	ADD
MULTISTIX 9 SG REAGENT STRIPS	3	ADD
MULTISTIX REAGENT STRIPS	3	ADD
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
ONGLYZA	2	MO; QL (30 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	2	PA; MO; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
QTERN	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	1	MO; QL (960 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	1	MO; QL (480 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>saxagliptin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-500 MG	2	MO; QL (120 per 30 days)
SOLIQUA 100/33	2	MO; QL (90 per 30 days)
STEGLATRO ORAL TABLET 15 MG	2	QL (30 per 30 days)
STEGLATRO ORAL TABLET 5 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120	2	PA; MO; QL (10.8 per 30 days)
SYMLINPEN 60	2	PA; MO; QL (6 per 30 days)
SYNJARDY	2	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 25-1,000 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	2	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	2	MO
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
TRULICITY	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
URISTIX 4 REAGENT STRIPS	3	MO; ADD
URISTIX REAGENT STRIPS	3	MO; ADD
VICTOZA 2-PAK	2	PA; MO; QL (9 per 30 days)
VICTOZA 3-PAK	2	PA; MO; QL (9 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	2	MO
ZEGALOGUE SYRINGE	2	MO
MISCELLANEOUS HORMONES		
ALDURAZYME	2	PA; MO
ANDRODERM	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>cabergoline</i>	1	MO
<i>calcitonin (salmon)</i>	1	MO
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	MO
<i>calcitriol oral capsule</i>	1	MO
<i>calcitriol oral solution</i>	1	
<i>cinacalcet</i>	1	PA; MO
<i>clomid</i>	1	PA; MO
<i>clomiphene citrate</i>	1	PA
CRYSVITA	2	PA; MO; LA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>danazol</i>	1	MO
<i>desmopressin injection</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	1	MO
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral</i>	1	MO
<i>doxercalciferol intravenous</i>	1	
<i>doxercalciferol oral</i>	1	MO
ELAPRASE	2	PA; MO
FABRAZYME	2	PA; MO
KANUMA	2	PA; MO
KORLYM	2	PA
LUMIZYME	2	PA; MO
MEPSEVII	2	PA; MO
MYALEPT	2	PA; MO; LA
NAGLAZYME	2	PA; MO; LA
NATPARA	2	PA; LA
OVIDREL 250 MCG/0.5 ML SYRG	3	MO; ADD
<i>pamidronate intravenous solution</i>	1	MO
<i>paricalcitol intravenous</i>	1	
<i>paricalcitol oral</i>	1	MO
<i>sapropterin</i>	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SOMAVERT	2	PA; MO
STRENSIQ	2	PA; LA
SYNAREL	2	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA; MO
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA; MO
<i>testosterone transdermal gel</i>	1	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 10 mg/0.5 gram /actuation</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	PA; MO; QL (150 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i>	1	PA; MO; QL (37.5 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	1	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app</i>	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
<i>tolvaptan</i>	1	PA; MO
VIMIZIM	2	PA; MO; LA
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml</i>	1	B/D PA; MO
THYROID HORMONES		
<i>euthyrox</i>	1	MO
<i>levo-t</i>	1	
<i>levothyroxine intravenous recon soln</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

<i>levothyroxine oral tablet</i>	1	
<i>levoxyl oral tablet</i> 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	MO
<i>liothyronine</i>	1	MO
<i>unithroid</i>	1	MO

GASTROENTEROLOGY

ANTIDIARRHEALS / ANTISPASMODICS

ACIDOPHILUS 16 MG CAPSULE EXTRA STRENGTH (RX)	3	ADD
ACIDOPHILUS 16 MG CAPSULE P/F, EXTRA STRENGTH (RX)	3	ADD
ACIDOPHILUS PROBIOTIC TABLET	3	ADD
ACIDOPHILUS X- STR CAPTAB	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS- PECTIN CAPSULE	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS- PECTIN CAPSULE	3	ADD
ACIDOPHILUS- PECTIN CAPTAB (RX)	3	MO; ADD

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

ACIDOPHILUS- PECTIN CAPTAB CAPLET (RX)	3	MO; ADD
ANTI-DIARRHEAL 1 MG/7.5 ML SOL	3	ADD
ANTI-DIARRHEAL 2 MG CAPLET	3	MO; ADD
ANTI-DIARRHEAL 2 MG CAPLET	3	MO; ADD
ANTI-DIARRHEAL 2 MG SOFTGEL	3	ADD
ANTI-DIARRHEAL 2 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>atropine injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous syringe 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/ml)</i>	1	
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE	3	ADD
AZO DUAL PROTECTN 150-15 MG CP	3	ADD
BIO-K PLUS DR 50 BILLION CAP	3	ADD
BIOMEPRO 100 BILLION CFU LIQ OUTER	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BISMUTH 262 MG TABLET CHEW	3	MO; ADD
CULTURELLE PRENATAL PRO CHEWTB	3	ADD
CULTURELLE TOTAL BALANCE CAP	3	ADD
<i>dicyclomine intramuscular</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral capsule</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral solution</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral tablet</i>	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	1	MO
EQL PROBIOTIC ACIDOPHIL-PECTIN	3	MO; ADD
<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate injection</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GS ANTI-DIARRHEAL 1 MG/7.5 ML	3	ADD
GS ANTI-DIARRHEAL 2 MG CAPLET	3	MO; ADD
GS STOMACH RLF 262 MG CHEW TAB	3	ADD
HM ANTI-DIARRHEAL 2 MG CAPLET CAPLET, GLUTEN-FREE	3	MO; ADD
HM ANTI-DIARRHEAL 2 MG SOFTGEL	3	ADD
HM STOMACH RELIEF 525 MG/15 ML	3	MO; ADD
HM STOMACH RELIEF 525 MG/30 ML	3	MO; ADD
HM STOMACH RLF 262 MG CHEW TAB	3	ADD
KALA TABLET	3	ADD
<i>loperamide 1 mg/7.5 ml soln</i>	3	MO; ADD
LOPERAMIDE 1 MG/7.5 ML SOLN	3	MO; ADD
LOPERAMIDE 1 MG/7.5 ML SOLUTION CUP INNER	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LOPERAMIDE 1 MG/7.5 ML SOLUTION CUP OUTER	3	MO; ADD
LOPERAMIDE 2 MG/15 ML SOLUTION CUP INNER	3	MO; ADD
LOPERAMIDE 2 MG/15 ML SOLUTION CUP OUTER	3	MO; ADD
<i>loperamide oral capsule</i>	1	MO
<i>opium tincture</i>	1	MO
PINK BISMUTH 262 MG TAB CHEW	3	ADD
PINK BISMUTH CAPLET	3	ADD
PROBIOTIC 15 BILLION CELL CAP	3	ADD
PROBIOTIC ACIDOPHIL-PECTIN CAP	3	MO; ADD
QC ANTI-DIARRHEAL 2 MG CAPLET	3	MO; ADD
QC ANTI-DIARRHEAL 2 MG SOFTGEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RA DIGESTIVE HEALTH PROBIOTIC	3	ADD
SM ANTI-DIARRHEAL 1 MG/7.5 ML	3	ADD
SM ANTI-DIARRHEAL 2 MG CAPLET	3	MO; ADD
SM ANTI-DIARRHEAL 2 MG CAPLET	3	MO; ADD
SM ANTI-DIARRHEAL 2 MG SOFTGEL	3	ADD
SM STOMACH RLF 262 MG CAPLET	3	ADD
SM STOMACH RLF 262 MG CHEW TAB	3	ADD
STOMACH RELIEF 262 MG CHEW TAB	3	ADD
STOMACH RELIEF 262 MG/15 ML ORIGINAL STRENGTH	3	MO; ADD
STOMACH RELIEF 525 MG/15 ML	3	MO; ADD
STOMACH RLF 525 MG/30 ML SUSP	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MISCELLANEOUS GASTROINTESTINAL AGENTS		
ACID GONE ANTACID LIQUID	3	MO; ADD
ACID GONE TABLET CHEW	3	MO; ADD
ALMACONE-2 LIQUID	3	MO; ADD
<i>al-mag hydrox-simeth max susp</i>	3	ADD
<i>al-mag hydrox-simeth max susp outer</i>	3	ADD
<i>alose tron</i>	1	PA; MO
<i>aluminum hydroxide gel</i>	3	MO; ADD
<i>alum-mag hydroxide-simeth susp</i>	3	ADD
<i>alum-mag hydroxide-simeth susp outer</i>	3	ADD
ANTACID ANTI-GAS LIQUID	3	ADD
ANTACID ANTI-GAS MAX STR LIQ	3	ADD
ANTACID EX-STR TABLET CHEW	3	ADD
ANTACID EXTRA STRENGTH CHW TAB	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ANTACID LIQUID	3	ADD
ANTACID-ANTIGAS 1000-60 MG CHW	3	ADD
ANTACID-ANTIGAS LIQUID	3	MO; ADD
ANTACID-ANTIGAS SUSPENSION	3	MO; ADD
<i>aprepitant</i>	1	B/D PA; MO
<i>balsalazide</i>	1	MO
<i>betaine</i>	1	MO
<i>bisacodyl 10 mg suppository</i>	3	MO; ADD
<i>bisacodyl ec 5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>budesonide oral</i>	1	MO
<i>castor oil</i>	3	ADD
<i>castor oil stimulant laxative</i>	3	ADD
<i>castor oil usp</i>	3	ADD
<i>castor oil usp (rx)</i>	3	ADD
CHENODAL	2	PA; LA
CHOCOLATED LAXATIVE	3	ADD
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG	2	PA
CHOLBAM ORAL CAPSULE 50 MG	2	PA; QL (120 per 30 days)
CIMZIA	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CIMZIA POWDER FOR RECONST	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
CIMZIA STARTER KIT	2	PA; MO; QL (3 per 180 days)
CINVANTI	2	MO
CITRUCEL 500 MG CAPLET	3	MO; ADD
CITRUCEL POWDER	3	MO; ADD
CITRUCEL POWDER S-F	3	MO; ADD
CITRUCEL POWDER S-F ORANGE	3	MO; ADD
CLEARLAX POWDER	3	MO; ADD
CLEARLAX POWDER 14 ONCE-DAILY DOSES	3	MO; ADD
CLEARLAX POWDER 30 ONCE-DAILY DOSES	3	MO; ADD
CLEARLAX POWDER 7 ONCE-DAILY DOSES	3	MO; ADD
CLEARLAX POWDER PACKET	3	ADD
COLACE 100 MG CAPSULE	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COLACE 2-IN-1 TABLET	3	MO; ADD
COLACE CLEAR 50 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
COLACE-T 100 MG CAPSULE	3	MO; ADD
<i>compro</i>	1	MO
<i>constulose</i>	1	MO
CORTIFOAM	2	MO
CREON	2	MO
<i>cromolyn oral</i>	1	MO
<i>cvs castor oil</i>	3	ADD
<i>dimenhydrinate injection solution</i>	1	MO
<i>docusate cal 240 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg inner, softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg outer, softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 250 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 50 mg/5 ml liq</i>	3	MO; ADD
DOCUSATE SODIUM MINI ENEMA	3	ADD; QL (15 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DOCUSOL KIDS 100 MG MINI-ENEMA 5ML MINI-ENEMA, OUTER	3	ADD; QL (15 per 30 days)
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA 5ML MINI-ENEMA, OUTER	3	ADD; QL (15 per 30 days)
DOK 100 MG TABLET	3	MO; ADD
DRIMINATE 50 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>dronabinol</i>	1	B/D PA; MO
<i>droperidol injection solution</i>	1	MO
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	2	B/D PA
ENEMA DISPOSABLE	3	MO; ADD; QL (399 per 30 days)
ENEMA READY TO USE	3	ADD; QL (399 per 30 days)
ENEMA READY TO USE	3	ADD; QL (399 per 30 days)
ENEMEEZ MINI ENEMA 5CC TUBES, OUTER	3	MO; ADD; QL (15 per 30 days)
ENEMEEZ PLUS MINI ENEMA OUTER	3	MO; ADD; QL (15 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ENTYVIO	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
<i>enulose</i>	1	MO
EPSOM SALT	3	ADD
<i>eql castor oil</i>	3	ADD
FIBER LAXATIVE 625 MG CAPLET	3	ADD
FIBER LAXATIVE 625 MG CAPLET	3	ADD
FIBER POWDER	3	ADD
FIBER TABLET UNBOXED	3	MO; ADD
FIBER TABS	3	ADD
FIBER THERAPY 500 MG CAPLET	3	ADD
FIBER THERAPY POWDER	3	MO; ADD
FIBER-LAX 625 MG TABLET 500MG POLYCARBOPHIL	3	MO; ADD
FLEET BISACODYL 10 MG ENEMA	3	MO; ADD; QL (111 per 30 days)
FLEET ENEMA	3	MO; ADD; QL (399 per 30 days)
FLEET ENEMA 2X133ML, TWIN PACK	3	MO; ADD; QL (798 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FLEET ENEMA 4X133ML	3	MO; ADD; QL (399 per 30 days)
FLEET MINERAL OIL ENEMA	3	MO; ADD; QL (399 per 30 days)
FLEET PEDIA-LAX ENEMA	3	MO; ADD; QL (198 per 30 days)
FLEET PEDIA-LAX STOOL SOFTENER	3	ADD
FLEET PEDIA-LAX TABLET CHEW	3	MO; ADD
<i>fosaprepitant</i>	1	MO
GAS RELIEF (SIMETH) 80 MG CHEW	3	ADD
GAS RELIEF 125 MG CHEW TABLET	3	MO; ADD
GAS RELIEF 125 MG CHEW TABLET EXTRA STR,CHERRY CRM	3	MO; ADD
GAS RELIEF 125 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
GAS RELIEF 180 MG SOFTGEL	3	ADD
GAS-X EX-STR 125 MG TAB CHEW	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GAS-X EX-STR 125 MG TAB CHEW CHERRY CREME	3	MO; ADD
GAS-X EXTRA STRENGTH SOFTGEL	3	MO; ADD
GAS-X EXTRA STRENGTH SOFTGEL SOFTGEL, EX-STRENGTH	3	MO; ADD
GAS-X ULTRA STRENGTH SOFTGEL	3	MO; ADD
GATTEX 30-VIAL	2	PA; MO
GATTEX ONE-VIAL	2	PA; MO
GAVILAX POWDER 14 DAY	3	MO; ADD
GAVILAX POWDER 30 DAY	3	MO; ADD
<i>gavilyte-c</i>	1	MO
<i>gavilyte-g</i>	1	MO
GAVISCON ES TABLET CHEW EXTRA STRENGTH	3	MO; ADD
GAVISCON EXTRA STRENGTH LIQUID	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GAVISCON LIQUID	3	ADD
<i>generlac</i>	1	
GENTLE LAXATIVE 10 MG SUPP	3	MO; ADD
GENTLE LAXATIVE EC 5 MG TABLET	3	ADD
GNP GAS RLF(SIMETH) 80 MG CHEW	3	ADD
GNP GENTLE LAXATIVE 10 MG SUPP	3	MO; ADD
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous</i>	1	MO
<i>granisetron hcl oral</i>	1	B/D PA; MO
GS ADV ANTACID-ANTIGAS LIQUID	3	ADD
GS ANTACID PLUS ANTI-GAS LIQ	3	ADD
GS ANTACID PLUS ANTI-GAS SUSP	3	ADD
GS CLEARLAX POWDER	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GS GAS RELIEF 180 MG SOFTGEL	3	ADD
GS HEMORRHOIDAL OINTMENT	3	MO; ADD
GS MILK OF MAGNESIA SUSPENSION	3	MO; ADD
GS STOOL SOFTENER 100 MG SFTGL	3	ADD
HEARTBURN RELIEF LIQUID	3	ADD
HM ADV ANTACID-ANTIGAS SUSP MAX-STRENGTH, CHERRY	3	ADD
HM ANTACID ANTI-GAS SUSPENSION ORIGINAL, MAX STR	3	ADD
HM ANTACID-ANTIGAS SUSPENSION	3	MO; ADD
<i>hm castor oil odorless-tasteless</i>	3	ADD
HM CLEARLAX POWDER	3	MO; ADD
HM CLEARLAX POWDER 7 ONCE-DAILY DOSES	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM ENEMA READY TO USE	3	ADD; QL (399 per 30 days)
HM ENEMA READY TO USE TWIN PAK	3	ADD; QL (399 per 30 days)
HM FIBER 500 MG CAPLET	3	MO; ADD
HM GAS RELIEF 125 MG CHEW TAB	3	MO; ADD
HM GAS RELIEF 125 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
HM GAS RELIEF(SIMETH) 80 MG CHW	3	ADD
HM INF GAS RELIEF 20 MG/0.3 ML	3	MO; ADD
HM LAXATIVE EC 5 MG TABLET	3	ADD
<i>hm magnesium citrate solution</i>	3	ADD
HM MILK OF MAGNESIA SUSPENSION MINT	3	MO; ADD
HM MILK OF MAGNESIA SUSPENSION ORIGINAL	3	MO; ADD
HM MOTION RELIEF 25 MG TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM MOTION SICKNESS 50 MG TAB	3	ADD
HM READY TO USE MIN OIL ENEMA	3	ADD; QL (399 per 30 days)
<i>hm senna 8.6 mg tablet</i>	3	MO; ADD
HM STOOL SOFTENER 100 MG SFTGL	3	ADD
HM STOOL SOFTENER-STIM LAX TAB	3	ADD
<i>hydrocortisone rectal</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i>	1	MO
INFANTS' GAS RLF 20 MG/0.3 ML	3	MO; ADD
KONSYL 6 GM PACKET GLUTEN-F, OUTER (OTC)	3	MO; ADD
KONSYL DAILY FIBER POWDER	3	ADD
KONSYL ORIGINAL FIBER POWDER GLUTEN FREE	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
KONSYL PSYLLIUM FIBER POWDER ORANGE, GLUTEN FREE	3	ADD
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	MO
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml</i>	1	
LAXATIVE 15 MG TABLET	3	ADD
LAXATIVE 25 MG TABLET	3	ADD
LAXATIVE EC 5 MG TABLET	3	ADD
LINZESS	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
MAG-AL LIQUID 30 ML CUP	3	ADD
MAG-AL PLUS SUSPENS 30 ML CUP 100'S,U- D,10X10	3	ADD
MAG-AL PLUS XS SUSP 30 ML CUP	3	ADD
<i>magnesium citrate solution</i>	3	ADD

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr</i>	1	MO
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>mesalamine rectal</i>	1	MO
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	1	MO
MILK OF MAGNESIA SUSP 2,400 MG/30 ML CUP INNER	3	MO; ADD
MILK OF MAGNESIA SUSP 2,400 MG/30 ML CUP OUTER	3	MO; ADD
MILK OF MAGNESIA SUSPENSION	3	ADD
MILK OF MAGNESIA SUSPENSION	3	MO; ADD
MILK OF MAGNESIA SUSPENSION 100'S, U-D	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MILK OF MAGNESIA SUSPENSION MINT	3	MO; ADD
MILK OF MAGNESIA SUSPENSION ORIGINAL	3	MO; ADD
<i>mineral oil</i>	3	MO; ADD
MINTOX MAXIMUM STRENGTH SUSP MAX STR, LEMON CREME	3	MO; ADD
MINTOX PLUS TABLET CHEWABLE	3	MO; ADD
MOTEGRITY	2	ST; MO; QL (30 per 30 days)
MOTION SICKNESS 50 MG TABLET	3	ADD
MOTION SICKNESS RLF 25 MG TAB	3	ADD
MOTION-TIME 25 MG TABLET CHEW	3	ADD
MOVANTIK	2	MO; QL (30 per 30 days)
OALIVA	2	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ondansetron</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>palonosetron intravenous syringe</i>	1	
<i>peg 3350-electrolytes</i>	1	
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	1	MO
<i>peg-electrolyte</i>	1	MO
PENTASA	2	MO
<i>polyethylene glycol 3350 powd (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 14 once-daily doses (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 17 grams pkt, inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 17 grams pkts, outer (otc)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>polyethylene glycol 3350 powd 30 once-daily doses (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 7 once-daily doses (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>prochlorperazine</i>	1	MO
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	MO
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	1	MO
<i>procto-med hc</i>	1	MO
<i>proctosol hc topical</i>	1	MO
<i>proctozone-hc</i>	1	MO
QC ANTACID SUSPENSION REGULAR STRENGTH	3	ADD
QC ANTACID-ANTIGAS MAX STR	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QC ANTACID-ANTIGAS SUSPENSION REGULAR STRENGTH	3	MO; ADD
<i>qc castor oil odorless-tasteless</i>	3	ADD
QC GAS RELIEF 125 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
QC GENTLE LAXATIVE 10 MG SUPP	3	MO; ADD
<i>qc magnesium citrate solution</i>	3	ADD
<i>qc magnesium citrate solution cherry flavor</i>	3	ADD
<i>qc magnesium citrate solution lemon flavor</i>	3	ADD
QC MILK OF MAGNESIA SUSPENSION	3	MO; ADD
QC MILK OF MAGNESIA SUSPENSION MINT FLAVOR	3	MO; ADD
QC MILK OF MAGNESIA SUSPENSION ORIGINAL FLAVOR	3	MO; ADD
<i>qc mineral oil heavy</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QC NATURA-LAX 17 GM POWDER	3	ADD
QC READY TO USE ENEMA	3	ADD; QL (399 per 30 days)
QC READY TO USE ENEMA TWIN PACK	3	ADD; QL (798 per 30 days)
QC STOOL SOFTENER 100 MG SFTGL	3	ADD
QC STOOL SOFTENER-LAXATIVE TAB	3	ADD
READY TO USE MINERAL OIL ENEMA	3	ADD; QL (399 per 30 days)
RECTIV	2	MO
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	MO; QL (18 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	2	MO; QL (18 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	2	MO; QL (12 per 30 days)
REMICADE	2	PA; MO; QL (20 per 28 days)
SANCUSO	2	MO
<i>scopolamine base</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SENEXON-S 50-8.6 MG TABLET	3	MO; ADD
SENNA 8.6 MG SOFTGEL	3	ADD
<i>senna 8.6 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml liquid</i>	3	ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup</i>	3	ADD
SENNA 8.8 MG/5 ML SYRUP	3	MO; ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup cup</i>	3	MO; ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup cup inner</i>	3	ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup cup outer</i>	3	ADD
<i>senna lax 8.6 mg tablet</i>	3	ADD
<i>senna laxative 8.6 mg tablet</i>	3	ADD
SENNA PLUS 8.6-50 MG SOFTGEL	3	ADD
SENNA PLUS 8.6-50 MG TABLET	3	MO; ADD
SENNA-LAX 8.6 MG TABLET	3	ADD
<i>senna-time 8.6 mg tablet</i>	3	MO; ADD
SENNA-TIME S TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SENOKOT 8.6 MG TABLET	3	MO; ADD
SENOKOT EXTRA STR 17.2 MG TAB	3	MO; ADD
SENOKOT-S TABLET	3	MO; ADD
SILACE 60 MG/15 ML SYRUP	3	MO; ADD
<i>simethicone 125 mg tab chew</i>	3	ADD
<i>simethicone 80 mg tab chew</i>	3	MO; ADD
SKYRIZI INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (30 per 180 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	2	PA; MO; QL (1.2 per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	2	PA; MO; QL (2.4 per 56 days)
SM ADV ANTACID-ANTIGAS LIQUID	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM ADV ANTACID-ANTIGAS SUSP MAX STRENGTH, CHERRY	3	ADD
SM ANTACID SUSPENSION	3	ADD
<i>sm castor oil stimulant laxative</i>	3	ADD
SM CLEARLAX POWDER 7 ONCE-DAILY DOSES	3	MO; ADD
SM ENEMA READY TO USE	3	ADD; QL (399 per 30 days)
SM ENEMA READY TO USE TWIN PAK	3	ADD; QL (399 per 30 days)
SM FIBER 625 MG CAPLET	3	MO; ADD
SM FIBER LAXATIVE 500 MG CPLT	3	MO; ADD
SM GAS REL ANTIFLATUENT 180 MG SOFTGEL	3	ADD
SM GAS RELIEF 125 MG CHEW TAB	3	MO; ADD
SM GAS RELIEF 125 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
SM GAS RELIEF(SIMETH) 80 MG CHW	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM GENTLE LAXATIVE EC 5 MG TAB	3	ADD
SM INF GAS RELIEF 20 MG/0.3 ML NON-STAINING	3	MO; ADD
<i>sm magnesium citrate solution</i>	3	ADD
SM MILK OF MAGNESIA SUSPENSION	3	ADD
SM MILK OF MAGNESIA SUSPENSION	3	MO; ADD
SM MILK OF MAGNESIA SUSPENSION MINT	3	MO; ADD
SM MILK OF MAGNESIA SUSPENSION ORIGINAL	3	MO; ADD
SM MOTION SICKNESS 25 MG TAB	3	ADD
SM MOTION SICKNESS 50 MG TAB	3	ADD
SM READY TO USE ENEMA	3	ADD; QL (399 per 30 days)
<i>sm senna laxative 8.6 mg tab</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM SENNA-S TABLET	3	MO; ADD
SM STOOL SOFTENER 100 MG SFTGL	3	ADD
SM STOOL SOFTENER 100 MG TAB	3	ADD
SM STOOL SOFTENER-LAXATIVE TAB	3	ADD
<i>sodium bicarb 10 grain tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sodium bicarb 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sodium bicarb 650 mg tablet 10 gr</i>	3	MO; ADD
SODIUM BICARBONATE POWDER USP (RX)	3	ADD
SODIUM BICARBONATE POWDER USP,FOOD GRADE (RX)	3	ADD
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	1	MO
STIMULANT LAXATIVE PLUS TABLET	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
STOOL SOFTENER 100 MG CAPSULE ORIGINAL	3	ADD
STOOL SOFTENER 100 MG SOFTGEL	3	ADD
STOOL SOFTENER-STIM LAX SOFTGL	3	ADD
STOOL SOFTENER-STIM LAX TABLET	3	ADD
SUCRAID	2	PA
<i>sulfasalazine</i>	1	MO
TRULANCE	2	MO
TUMS ULTRA STR CHEWY DELIGHTS	3	MO; ADD
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet</i>	1	MO
VARUBI	2	B/D PA
VIBERZI	2	MO; QL (60 per 30 days)
VIOKACE	2	MO
WOMEN'S GENTLE LAX EC 5 MG TAB	3	ADD
WOMEN'S LAXATIVE 5 MG TABLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT	2	MO
---	---	----

ULCER THERAPY

ACID CONTROLLER 20 MG TABLET MAXIMUM STRENGTH	3	ADD
ACID REDUCER 10 MG TABLET	3	ADD
ACID REDUCER 10 MG TABLET ORIGINAL STRENGTH	3	ADD
ACID REDUCER 20 MG TABLET	3	ADD
ACID REDUCER 20 MG TABLET MAXIMUM STRENGTH	3	ADD

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

ACID REDUCER 20 MG TABLET MAX-STR	3	ADD
ACID REDUCER DR 20 MG CAP	3	ADD
<i>cimetidine</i>	1	MO
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg tab</i>	3	ADD
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i>	1	
<i>famotidine (pf)</i>	1	MO
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	1	MO
<i>famotidine 20 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>famotidine intravenous</i>	1	MO
<i>famotidine oral suspension</i>	1	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GS ACID REDUCER 10 MG TABLET	3	ADD
GS ACID REDUCER 20 MG TABLET	3	ADD
<i>gs esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>gs lansoprazole dr 15 mg cap (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>gs omeprazole dr 20 mg odt</i>	3	ADD
<i>gs omeprazole dr 20 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gs omeprazole dr 20 mg tablet 14 day course</i>	3	MO; ADD
HEARTBURN RELIEF 10 MG TABLET	3	MO; ADD
HEARTBURN RELIEF 20 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>hm esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hm famotidine 10 mg tablet original strength</i>	3	ADD
<i>hm famotidine 20 mg tablet maximum strength (otc)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hm lansoprazole dr 15 mg cap gluten-free, 1 bottle (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hm lansoprazole dr 15 mg cap gluten-free, 3 bottle (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hm omeprazole dr 20 mg tablet 1x14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>hm omeprazole dr 20 mg tablet 2x14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>hm omeprazole dr 20 mg tablet 3x14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule 1x14 day course (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule 2x14 day course (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule 3x14 day course (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	1	MO
<i>misoprostol</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole intravenous</i>	1	MO
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	MO
QC ACID CONTROLLER 10 MG TAB	3	ADD
<i>qc esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>qc omeprazole mag dr 20.6 mg three 14-day course</i>	3	ADD
SM ACID REDUCER 10 MG TABLET	3	ADD
SM ACID REDUCER 20 MG TABLET	3	ADD
SM ACID REDUCER 20 MG TABLET MAXIMUM STRENGTH	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM ACID REDUCER 200 MG TABLET	3	ADD
<i>sm esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm lansoprazole dr 15 mg cap gluten-free, 1 bottle (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm lansoprazole dr 15 mg cap gluten-free, 3 bottle (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm omeprazole dr 20 mg tablet 14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>sm omeprazole dr 20 mg tablet 2x14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>sm omeprazole dr 20 mg tablet 3x14 day course</i>	3	MO; ADD
<i>sucrafate</i>	1	MO
IMMUNOLOGY, VACCINES / BIOTECHNOLOGY		
BIOTECHNOLOGY DRUGS		
ACTIMMUNE	2	B/D PA; MO
ARCALYST	2	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)
BESREMI	2	PA; LA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	2	PA; MO; QL (14 per 28 days)
ILARIS (PF)	2	PA; MO; LA; QL (2 per 28 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN	2	PA; MO
MOZOBIL	2	B/D PA; MO
NIVESTYM	2	PA; MO
NYVEPRIA	2	PA; MO
OMNITROPE	2	PA; MO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	MO; QL (4 per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	MO; QL (2 per 28 days)
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 per 180 days)
<i>plerixafor</i>	1	B/D PA; MO
PROCRIT	2	PA; MO
RETACRIT	2	PA; MO
ZARXIO	2	PA; MO
ZIEXTENZO	2	PA; MO
VACCINES / MISCELLANEOUS IMMUNOLOGICALS		
ABRYSVO	2	
ACTHIB (PF)	2	MO
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	2	MO
AREXVY (PF)	2	
BCG VACCINE, LIVE (PF)	2	
BEXSERO	2	MO
BOOSTRIX TDAP	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BOTOX	2	PA; MO
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	2	
DENG VAXIA (PF)	2	
ENGERIX-B (PF)	2	B/D PA; MO
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	2	B/D PA; MO
<i>fomepizole</i>	1	
GAMASTAN	2	MO
GAMASTAN S/D	2	
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	2	MO
HAVRIX (PF)	2	MO
HEPLISAV-B (PF)	2	B/D PA; MO
HIBERIX (PF)	2	MO
HIZENTRA	2	B/D PA; MO
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION	2	
HYPERHEP B NEONATAL	2	
HYQVIA	2	B/D PA; MO
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	2	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	2	MO
IPOLE	2	
IXIARO (PF)	2	
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE)	2	B/D PA
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	2	MO
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	2	
MENQUADFI (PF)	2	MO
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	2	
M-M-R II (PF)	2	MO
PEDIARIX (PF)	2	
PEDVAX HIB (PF)	2	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	2	
PREHEVBRIO (PF)	2	B/D PA
PRIORIX (PF)	2	
PRIVIGEN	2	PA; MO
PROQUAD (PF)	2	
QUADRACEL (PF)	2	
RABAVERT (PF)	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML	2	B/D PA; MO
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 MCG/0.5 ML	2	B/D PA
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML	2	B/D PA
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5 MCG/0.5 ML	2	B/D PA; MO
ROTARIX	2	
ROTATEQ VACCINE	2	
SHINGRIX (PF)	2	MO
TDVAX	2	MO
TENIVAC (PF)	2	MO
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	2	
TICE BCG	2	B/D PA
TICOVAC	2	
TRUMENBA	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TWINRIX (PF)	2	MO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION	2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE	2	MO
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	2	MO
VARIVAX (PF)	2	
VARIZIG	2	
YF-VAX (PF)	2	
MISCELLANEOUS SUPPLIES		
MISCELLANEOUS SUPPLIES		
AEROCHAMBER MINI	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER MV HOLD CHAMBER	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU LARGE	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU MED	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU MED WITH MASK	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SMALL	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W/MASK, LARGE	3	ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W-FLOW	3	ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W-FLOW W/FLOWSIGNAL	3	ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-MED W/MASK-MED,CMFT SEAL	3	ADD; QL (2 per 365 days)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-SMALL W/MASK-SM,CMFT SEAL	3	ADD; QL (2 per 365 days)
AEROVENT PLUS HOLDING CHAMBER	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AIMSCO LATEX CONDOM	3	ADD; QL (24 per 30 days)
AIRZONE PEAK FLOW METER ADULTS & CHILDREN	3	ADD; QL (2 per 365 days)
ASTHMA CHECK PEAK FLOW MTR	3	ADD; QL (2 per 365 days)
ASTHMAPACK CHILDREN'S CARE KIT	3	ADD; QL (2 per 365 days)
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	2	MO
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	2	MO
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD INSULIN SYRINGE U-500	2	MO
BD INSULIN ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	MO
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	2	MO
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	MO
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	MO
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	2	MO
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	2	MO
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	2	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	2	MO
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	2	MO
CEQR SIMPLICITY INSERTER	2	MO
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK	3	ADD
CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK	3	ADD
CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	3	ADD; QL (2 per 365 days)
COMPACT SPACE CHAMBER	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	3	MO; ADD
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	3	MO; ADD
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	3	MO; ADD
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
DUREX AVANTI REAL FEEL CONDOM	3	MO; ADD; QL (24 per 30 days)
EASIVENT HOLDING CHAMBER HOSPITAL PACK	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
EASIVENT HOLDING CHAMBER RETAIL PACK	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
EASIVENT MASK-LARGE	3	ADD; QL (2 per 365 days)
EASIVENT MASK-MEDIUM	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
EASIVENT MASK-SMALL	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
EQ SPACE CHAMBER	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EQ SPACE CHAMBER-LARGE MASK	3	ADD
EQ SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	ADD
EQ SPACE CHAMBER-SMALL MASK	3	ADD
FANTASY CONDOM	3	ADD; QL (24 per 30 days)
FC2 FEMALE CONDOM	3	MO; ADD; QL (20 per 30 days)
FLEXICHAMBER	3	ADD; QL (2 per 365 days)
FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
GAUZE PADS 2 X 2	2	
INSULIN PEN NEEDLE	2	
INSULIN MICROFINE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	MO
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML, 1/2 ML	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	MO
KIMONO CONDOMS	3	ADD; QL (24 per 30 days)
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE	3	MO; ADD; QL (24 per 30 days)
KIMONO MICROTHIN CONDOM	3	ADD; QL (24 per 30 days)
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOM	3	ADD; QL (24 per 30 days)
KIMONO TEXTURED CONDOM	3	ADD; QL (24 per 30 days)
MICROCHAMBER	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
MICROLIFE PEAK FLOW METER	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER AFS, (30-400)	3	ADD; QL (2 per 365 days)
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER STANDARD, (60-800)	3	ADD; QL (2 per 365 days)
NEEDLES, INSULIN DISP.,SAFETY	2	MO
NOVOFINE 32	2	MO
NOVOFINE PLUS	2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	2	MO; QL (1 per 720 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	2	MO
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	2	MO
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	2	QL (1 per 720 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	2	MO
OMNIPOD GO PODS	2	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	2	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	2	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	2	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	2	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	2	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
OPTICHAMBER DIAMOND W-MED MASK	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
OPTICHAMBER DIAMOND W-SML MASK	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
PANDA MASK LARGE	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PANDA MASK MEDIUM	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PANDA MASK SMALL	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PEAK-AIR PEAK FLOW METER	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PEDIATRIC PANDA MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PERSONAL BEST PEAK FLOW MTR	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
PERSONAL BEST PEAK FLOW MTR	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
PIKO 1 FLOW METER	3	ADD; QL (2 per 365 days)
POCKET CHAMBER	3	ADD; QL (2 per 365 days)
POCKET PEAK FLOW METER 12'S	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PRECISION XTR B-KETONE STRIP BETA-KETONE	3	MO; ADD
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PURECOMFORT PEAK FLOW MTR ADLT	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PURECOMFORT PEAK FLOW MTR CHLD	3	ADD
RITEFLO SPACER	3	ADD; QL (2 per 365 days)
TRUSTEX CONDOM	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX CONDOM 12'S, LUBRICATED	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX CONDOM 12'S, RESERVOIR TIP	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX CONDOM 12'S, W/NONOXYNOL-9	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX CONDOM 12'S, W-NONOXYNOL-9	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX CONDOM 12'S,EXTRA STRENGTH	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX CONDOM 12'S,LUBRICATED	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX CONDOM 12'S,W/NONOXYNOL-9	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX CONDOM 12'S,W-NONOXYNOL-9	3	ADD; QL (24 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRUSTEX LATEX CONDOM 12'S	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX LATEX CONDOM 48'S	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX-RIA CONDOM 12'S	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX-RIA CONDOM 12'S, NON-LUBRICATED	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX-RIA CONDOM 12'S, W/SPERMICIDE	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX-RIA CONDOM 48'S	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX-RIA CONDOM 48'S, NON-LUBRICATED	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX-RIA CONDOM 48'S, W/SPERMICIDE	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUZONE PEAK FLOW METER ADULT/PEDIATRIC	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
V-GO 20	2	MO
V-GO 30	2	MO
V-GO 40	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VORTEX HOLDING CHAMBER HRI	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
VORTEX HOLDING CHAMBER NON-ELECTROSTATIC	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
VORTEX VHC FROG CHILD MASK HRI	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)

MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY

GOUT THERAPY

<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>allopurinol sodium</i>	1	
<i>aloprim</i>	1	
<i>colchicine oral tablet</i>	1	MO
<i>febuxostat</i>	1	MO
KRYSTEXXA	2	MO
<i>probenecid</i>	1	MO
<i>probenecid-colchicine</i>	1	MO

OSTEOPOROSIS THERAPY

<i>alendronate oral solution</i>	1	MO; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
FOSAMAX PLUS D	2	ST; MO; QL (4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution</i>	1	PA
<i>ibandronate intravenous syringe</i>	1	PA; MO
<i>ibandronate oral</i>	1	MO; QL (1 per 30 days)
PROLIA	2	PA; MO; QL (1 per 180 days)
<i>raloxifene</i>	1	MO
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
TERIPARATIDE	2	PA; MO; QL (2.48 per 28 days)
OTHER RHEUMATOLOGICALS		
ACTEMRA ACTPEN	2	PA; MO; QL (3.6 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ACTEMRA INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (160 per 28 days)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	2	PA; MO; QL (3.6 per 28 days)
ADALIMUMAB-ADAZ	2	PA; MO; QL (1.6 per 28 days)
AMJEVITA (ONLY NDCS STARTING WITH 55513) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (6 per 28 days)
AMJEVITA (ONLY NDCS STARTING WITH 55513) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML	2	PA; MO; QL (0.4 per 28 days)
AMJEVITA (ONLY NDCS STARTING WITH 55513) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
AMJEVITA (ONLY NDCS STARTING WITH 55513) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (6 per 28 days)
BENLYSTA	2	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CYLTEZO(CF) PEN	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	2	PA; QL (6 per 180 days)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	2	PA; QL (4 per 180 days)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)
ENBREL MINI	2	PA; MO; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; MO; QL (8 per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA; MO; QL (8 per 28 days)
ENBREL SURECLICK	2	PA; MO; QL (8 per 28 days)
HUMIRA PEN	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	2	PA; QL (6 per 180 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	2	PA; QL (4 per 180 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (3 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (2 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	2	PA; MO; QL (3 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	2	PA; MO; QL (4 per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	2	PA; MO; QL (3 per 180 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)
HYRIMOZ CF (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (1.6 per 28 days)
HYRIMOZ CF (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML	2	PA; MO; QL (0.2 per 28 days)
HYRIMOZ CF (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML	2	PA; MO; QL (0.4 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HYRIMOZ CF (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (1.6 per 28 days)
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER	2	PA; MO; QL (2.4 per 180 days)
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER	2	PA; MO; QL (1.6 per 180 days)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (2.4 per 180 days)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (1.2 per 180 days)
<i>leflunomide</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
ORENCIA (WITH MALTOSE)	2	PA; MO; QL (12 per 28 days)
ORENCIA CLICKJECT	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (1.6 per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	2	PA; MO; QL (2.8 per 28 days)
OTEZLA	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	2	PA; MO; QL (55 per 180 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	2	PA; QL (27 per 180 days)
<i>penicillamine oral tablet</i>	1	PA; MO
RIDAURA	2	MO
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	2	PA; MO; QL (84 per 180 days)
SAVELLA ORAL TABLET	2	MO; QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK	2	QL (55 per 180 days)
XELJANZ ORAL SOLUTION	2	PA; MO; QL (300 per 30 days)
XELJANZ ORAL TABLET	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
XELJANZ XR	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)

OBSTETRICS / GYNECOLOGY

ESTROGENS / PROGESTINS

<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	PA; MO
<i>amabelz oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	PA
<i>camila</i>	1	MO
<i>deblitane</i>	1	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	2	MO
<i>dotti</i>	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
DUAVEE	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>errin</i>	1	MO
<i>estradiol oral</i>	1	PA; MO
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	PA; MO; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.0375 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr</i>	1	PA; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal</i>	1	MO
<i>estradiol valerate</i>	1	MO
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	1	PA; MO
ESTRING	2	MO
<i>fyavolv</i>	1	PA; MO
<i>heather</i>	1	MO
<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	1	
<i>incassia</i>	1	MO
<i>jencycla</i>	1	MO
<i>jinteli</i>	1	PA; MO
<i>lyleq</i>	1	MO
<i>lyllana</i>	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>lyza</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>medroxyprogesterone</i>	1	MO
MENEST	2	PA; MO
<i>mimvey</i>	1	PA; MO
<i>nora-be</i>	1	MO
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	PA; MO
PREMARIN ORAL	2	MO
PREMARIN VAGINAL	2	MO
PREMPHASE	2	MO
PREMPRO	2	MO
<i>progesterone</i>	1	MO
<i>progesterone micronized</i>	1	MO
<i>sharobel</i>	1	MO
<i>yuvafem</i>	1	MO
MISCELLANEOUS OB/GYN		
3-DAY VAGINAL CREAM	3	MO; ADD
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	1	MO
<i>clotrimazole 1% vaginal cream</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clotrimazole-3 2% cream</i>	3	ADD
<i>eluryng</i>	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
GNP MICONAZOLE 1 COMBO PACK	3	ADD
<i>gs miconazole 3 combo pack</i>	3	MO; ADD
GS MICONAZOLE 7 CREAM	3	MO; ADD
<i>metronidazole vaginal</i>	1	MO
<i>miconazole 2% vaginal cream</i>	3	ADD
MICONAZOLE 3 4% CREAM	3	ADD
MICONAZOLE 3 COMBO PACK	3	MO; ADD
MICONAZOLE 3 COMBO PACK 3 SUP,9GM CRM W/APP	3	MO; ADD
MICONAZOLE 3 COMBO PACK 3 SUPP W/9GM CREAM	3	MO; ADD
MICONAZOLE 7 CREAM	3	MO; ADD
MICONAZOLE 7 CREAM W/7 DISP APPLICATORS	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MICONAZOLE-7 CREAM	3	ADD
<i>mifepristone</i>	1	LA
NEXPLANON	2	
QC MICONAZOLE-7 CREAM 1 APPLICATOR	3	ADD
SM 3-DAY VAGINAL CREAM	3	MO; ADD
<i>sm clotrimazole 1% vag cream</i>	3	MO; ADD
<i>sm miconazole 2% vaginal cream w/disp applicators</i>	3	ADD
SM MICONAZOLE 3 COMBO PACK	3	ADD
SM MICONAZOLE 3 COMBO PACK W/DISPOSABLE APPLICA	3	MO; ADD
SM MICONAZOLE 7 100 MG VAG SUP	3	ADD
SM MICONAZOLE 7 CREAM W/REUSABLE APPLIC	3	MO; ADD
<i>terconazole</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	1	MO
<i>vandazole</i>	1	MO
<i>xulane</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

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

ORAL CONTRACEPTIVES / RELATED AGENTS

AFTERA 1.5 MG TABLET	3	ADD
----------------------	---	-----

<i>altavera (28)</i>	1	MO
----------------------	---	----

<i>alyacen 1/35 (28)</i>	1	MO
--------------------------	---	----

<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	1	MO
---------------------------	---	----

<i>amethyst (28)</i>	1	MO
----------------------	---	----

<i>apri</i>	1	MO
-------------	---	----

<i>aranelle (28)</i>	1	MO
----------------------	---	----

<i>aubra eq</i>	1	MO
-----------------	---	----

<i>aviane</i>	1	MO
---------------	---	----

<i>azurette (28)</i>	1	MO
----------------------	---	----

<i>camrese</i>	1	MO
----------------	---	----

<i>cryselle (28)</i>	1	MO
----------------------	---	----

<i>cyred eq</i>	1	
-----------------	---	--

<i>dasetta 1/35 (28)</i>	1	MO
--------------------------	---	----

<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	1	MO
---------------------------	---	----

<i>daysee</i>	1	MO
---------------	---	----

<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	1	
--------------------------------------	---	--

<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
--------------------------------------	---	--

<i>drospirenone-e.estradiol-lm.f.a oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	1	MO
---	---	----

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

<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	MO
---	---	----

<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
---	---	--

ECONTRA EZ 1.5 MG TABLET INNER	3	ADD
--------------------------------	---	-----

ECONTRA EZ 1.5 MG TABLET OUTER	3	ADD
--------------------------------	---	-----

ECONTRA ONE-STEP 1.5 MG TABLET INNER	3	ADD
--------------------------------------	---	-----

ECONTRA ONE-STEP 1.5 MG TABLET OUTER	3	ADD
--------------------------------------	---	-----

<i>elinest</i>	1	MO
----------------	---	----

<i>enpresse</i>	1	MO
-----------------	---	----

<i>enskyce</i>	1	MO
----------------	---	----

<i>estarylla</i>	1	MO
------------------	---	----

<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	1	
--------------------------------------	---	--

<i>falmina (28)</i>	1	MO
---------------------	---	----

<i>introvale</i>	1	
------------------	---	--

<i>isibloom</i>	1	MO
-----------------	---	----

<i>jasmie (28)</i>	1	MO
--------------------	---	----

<i>jolessa</i>	1	MO
----------------	---	----

<i>juleber</i>	1	MO
----------------	---	----

<i>kalliga</i>	1	
----------------	---	--

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>kariva (28)</i>	1	MO
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	1	MO
<i>kurvelo (28)</i>	1	MO
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	1	MO
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>larin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>larin 24 fe</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>lessina</i>	1	MO
<i>levonest (28)</i>	1	MO
<i>levonorgestrel 1.5 mg tablet (otc)</i>	3	ADD
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	1	
<i>levora-28</i>	1	MO
<i>loryna (28)</i>	1	MO
<i>low-ogestrel (28)</i>	1	MO
<i>lo-zumandimine (28)</i>	1	MO
<i>luteria (28)</i>	1	MO
<i>marlissa (28)</i>	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	1	MO
<i>mili</i>	1	MO
<i>mono-lynyah</i>	1	MO
MY CHOICE 1.5 MG TABLET	3	ADD
MY WAY 1.5 MG TABLET (OTC)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NEW DAY 1.5 MG TABLET	3	ADD
<i>nikki (28)</i>	1	MO
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	1	MO
OPCICON ONE-STEP 1.5 MG TABLET	3	ADD
OPTION 2 1.5 MG TABLET	3	ADD
<i>philith</i>	1	MO
<i>pimtrea (28)</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET (OTC)	3	ADD
<i>portia 28</i>	1	MO
<i>reclipsen (28)</i>	1	MO
<i>setlakin</i>	1	MO
<i>sprintec (28)</i>	1	MO
<i>sronyx</i>	1	MO
<i>syeda</i>	1	MO
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	3	ADD
<i>tarina 24 fe</i>	1	MO
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	1	MO
<i>tilia fe</i>	1	MO
<i>tri-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-legest fe</i>	1	MO
<i>tri-linyah</i>	1	MO
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	MO
<i>tri-lo-marzia</i>	1	MO
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	MO
<i>tri-sprintec (28)</i>	1	MO
<i>trivora (28)</i>	1	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	1	MO
<i>vestura (28)</i>	1	MO
<i>vienva</i>	1	MO
<i>viorele (28)</i>	1	MO
<i>wera (28)</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

<i>zovia 1-35 (28)</i>	1	MO
------------------------	---	----

<i>zumandimine (28)</i>	1	MO
-------------------------	---	----

OXYTOCICS

<i>methylergonovine oral</i>	1	PA
------------------------------	---	----

OPHTHALMOLOGY

ANTIBIOTICS

AZASITE	2	MO
---------	---	----

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

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

BESIVANCE	2	MO
-----------	---	----

<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	1	MO
---	---	----

<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (3.5 per 14 days)
--------------------------------------	---	--------------------------

<i>gatifloxacin</i>	1	MO
---------------------	---	----

<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO; QL (70 per 30 days)
--	---	-------------------------

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANTIVIRALS

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

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

BETA-BLOCKERS

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

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

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution

1

MO

MISCELLANEOUS OPHTHALMOLOGICS

ALAWAY 0.025% EYE DROPS	3	MO; ADD
ARTIFICIAL TEARS 1.4% DROPS	3	MO; ADD
ARTIFICIAL TEARS DROPS	3	ADD
<i>atropine ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>balanced salt</i>	1	
<i>bepotastine besilate</i>	1	MO
<i>bss</i>	1	
CHILD'S ALAWAY 0.025% EYE DROP	3	ADD
CIMERLI	2	PA; MO
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
CYSTARAN	2	PA
DRY EYE RELIEF DROPS	3	ADD
<i>epinastine</i>	1	MO

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

EYE ITCH RELIEF 0.025% DROPS

3

MO; ADD

EYLEA

2

PA; MO

FRESHKOTE EYE DROP

3

MO; ADD

GENTEAL TEARS 0.1%-0.2%-0.3%

3

MO; ADD

GENTEAL TEARS 0.1%-0.3% DROP

3

MO; ADD

GENTEAL TEARS SEVERE 3-94% OIN

3

MO; ADD

GS LUBRICAT PLUS 0.5% EYE DRPS P/F, 30X0.4ML

3

MO; ADD

HM DRY EYE RELIEF DROPS

3

ADD

HM LUBRICAT PLUS 0.5% EYE DRPS P/F, SUV, STERILE

3

MO; ADD

HM LUBRICATING TEARS EYE DROPS

3

MO; ADD

ISOPTO TEARS 0.5% EYE DROPS

3

MO; ADD

KETOTIFEN FUM 0.025% EYE DROPS (OTC)

3

MO; ADD

LUBRICANT 0.5% EYE DROPS

3

MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LUBRICANT EYE DROPS	3	MO; ADD
LUBRICANT EYE OINTMENT	3	ADD
LUBRICATING EYE DROP	3	MO; ADD
LUBRICATING PLUS 0.5% EYE DRPS P/F, 30X0.4ML	3	MO; ADD
LUBRICATING PLUS 0.5% EYE DRPS P/F, 50X0.4ML	3	MO; ADD
METHOCEL E 4 M PREMIUM POWDER (RX)	3	ADD
METHOCEL E 4 M PREMIUM POWDER USP (RX)	3	ADD
MURO-128 2% EYE DROPS	3	MO; ADD
MURO-128 5% EYE DROPS	3	MO; ADD
MURO-128 5% EYE OINTMENT	3	MO; ADD
<i>olopatadine ophthalmic (eye)</i>	1	MO
OXERVATE	2	PA; MO
PHOSPHOLINE IODIDE	2	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
REFRESH CELLUVISC 1% EYE GEL	3	MO; ADD
REFRESH CLASSIC EYE DROPS U-D,P/F,30X.4ML	3	MO; ADD
REFRESH CLASSIC EYE DROPS U-D,P/F,50X.4ML	3	MO; ADD
REFRESH DIGITAL EYE DROPS	3	MO; ADD
REFRESH DIGITAL PF EYE DROPS	3	ADD
REFRESH LACRI-LUBE OINTMENT	3	MO; ADD
REFRESH LIQUIGEL 1% EYE DROP	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE ADVANCED DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE ADVANCED DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE EYE DROPS	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
REFRESH OPTIVE GEL EYE DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE MEGA-3 DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE SENSITIVE DROPS 30X0.4ML, P/F	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE SENSITIVE DROPS 60X0.4ML, P/F	3	MO; ADD
REFRESH P.M. OINTMENT	3	MO; ADD
REFRESH PLUS 0.5% EYE DROPS 30X0.4ML	3	MO; ADD
REFRESH PLUS 0.5% EYE DROPS 70X0.4ML,U-D	3	MO; ADD
REFRESH PLUS 0.5% EYE DROPS U-D,50X.4ML	3	MO; ADD
REFRESH RELIEVA 0.5-0.9% DROP	3	MO; ADD
REFRESH RELIEVA PF 0.5-0.9%	3	MO; ADD
REFRESH RELIEVA PF 0.5-1% DROP	3	ADD
REFRESH TEARS 0.5% EYE DROP	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM EYE ITCH RELIEF 0.025% DROP UP TO 12 HRS,STERILE	3	MO; ADD
SM LUBRICANT EYE DROPS STRL	3	MO; ADD
SM LUBRICAT PLUS 0.5% EYE DRPS	3	MO; ADD
SM LUBRICATING TEARS EYE DROPS STERILE	3	MO; ADD
<i>sodium chloride 5% eye drop</i>	3	MO; ADD
<i>sodium chloride 5% eye oint</i>	3	MO; ADD
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	
SYSTANE 0.3% EYE GEL	3	MO; ADD
SYSTANE 0.3-0.4% EYE DROP P/F	3	MO; ADD
SYSTANE 0.3-0.4% EYE DROPS	3	MO; ADD
SYSTANE BALANCE 0.6% EYE DROP CLINICAL STRENGTH	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SYSTANE BALANCE 0.6% EYE DROP TWIN PACK, 2 X 10ML	3	MO; ADD
SYSTANE COMPLETE 0.6% EYE DROP	3	MO; ADD
SYSTANE GEL EYE DROPS	3	MO; ADD
SYSTANE HYDRATION PF 0.4-0.3%	3	MO; ADD
SYSTANE NIGHTTIME EYE OINTMENT	3	MO; ADD
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3% EYE DRP	3	MO; ADD
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3% EYE DRP	3	MO; ADD
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3% EYE DRP 2X10MLTWIN PACK,STRL	3	MO; ADD
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3% EYE DRP 2X4ML, STERILE	3	MO; ADD
ULTRA LUBRICANT EYE DROPS	3	ADD
XDEMZY	2	PA; QL (10 per 42 days)
XIIDRA	2	MO; QL (60 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ZADITOR 0.025% (0.035%) DROPS UP TO 12 HRS (OTC)	3	MO; ADD
NON-STEROIDAL ANTI- INFLAMMATORY AGENTS		
<i>bromfenac</i>	1	MO
BROMSITE	2	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	MO
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	1	MO
PROLENSA	2	MO
ORAL DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium</i>	1	MO
<i>methazolamide</i>	1	MO
OTHER GLAUCOMA DRUGS		
<i>brimonidine-timolol</i>	1	MO
<i>dorzolamide</i>	1	MO
<i>dorzolamide-timolol</i>	1	MO
<i>latanoprost</i>	1	MO
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	2	MO
<i>miostat</i>	1	
RHOPRESSA	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ROCKLATAN	2	MO
SIMBRINZA	2	MO
<i>tafluprost (pf)</i>	1	MO
<i>travoprost</i>	1	MO
STEROID-ANTIBIOTIC COMBINATIONS		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>neo-polycin hc</i>	1	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	2	MO; QL (3.5 per 14 days)
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (10 per 14 days)
STERIODS		
ALREX	2	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>fluorometholone</i>	1	MO
INVELTYS	2	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	1	MO
OZURDEX	2	MO
<i>prednisolone acetate</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	1	MO
SYMPATHOMIMETICS		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	2	MO
<i>apraclonidine</i>	1	MO
<i>brimonidine ophthalmic (eye)</i>	1	MO
RESPIRATORY AND ALLERGY		
ANTI HISTAMINE / ANTIALLERGENIC AGENTS		
12-HR DECONGEST 120 MG CAPLET CAPLET, 12HR, MAX-STR	3	ADD
12HR NASAL DECONGEST ER 120 MG	3	ADD
24HR ALLERGY(LEVOC ETIRZN) 5 MG	3	ADD
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ALAHIST CF TABLET	3	MO; ADD
ALAHIST D 17.5-10 MG TABLET	3	ADD
ALAHIST DM 2-15-7.5 MG/5 ML LQ	3	ADD
ALA-HIST IR 2 MG TABLET	3	MO; ADD
ALAHIST PE 2-7.5 MG TABLET	3	MO; ADD
ALL DAY ALLERGY 10 MG TABLET	3	MO; ADD
ALL DAY ALLERGY 10 MG TABLET INDOOR/OUTDOOR 24 HR	3	MO; ADD
ALL DAY ALLERGY-D TABLET	3	ADD
ALL DAY ALLERGY-D TABLET 12 HOUR	3	ADD
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	3	MO; ADD
ALLER-G-TIME 25 MG CAPLET	3	ADD
ALLERGY (LORATADINE) 10 MG TAB	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ALLERGY 25 MG CAPSULE	3	ADD
ALLERGY 25 MG TABLET	3	ADD
ALLERGY 4 MG TABLET	3	ADD
ALLERGY MULTI-SYMPTOM CAPLET	3	ADD
ALLERGY RELIEF 10 MG TABLET	3	ADD
ALLERGY RELIEF 10 MG TABLET NON-DROWSY, 24 HOUR	3	ADD
ALLERGY RELIEF 180 MG TABLET	3	MO; ADD
ALLERGY RELIEF 25 MG CAPSULE	3	ADD
ALLERGY RELIEF 25 MG TABLET	3	ADD
ALLERGY RELIEF 4 MG TABLET	3	ADD
ALLERGY RELIEF 5 MG/5 ML SOLN	3	ADD
ALLERGY RELIEF D-12 TABLET	3	ADD
ALLERGY RELIEF D-24HR TABLET	3	ADD
ALLERGY RELIEF D-24HR TABLET INNER	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ALLERGY RELIEF-D TABLET	3	ADD
ALLERGY RELIEF-NASAL DECONG TB	3	MO; ADD
ALLERGY RLF (CETRZN) 10 MG TAB	3	ADD
ALLERGY RLF(CETRZN) 10 MG SFGL	3	ADD
ALLERGY- CONGES RELF ER TABLET	3	ADD
ALLERGY- CONGES RELF ER TABLET NON-DROWSY,24 HR RLF	3	ADD
ALLERGY- CONGEST 12HR 60-120 MG	3	ADD
ALLERGY- CONGESTION RLF 12H TAB	3	ADD
ALLERGY-TIME 4 MG TABLET	3	ADD
ALL-NITE COLD-FLU RELIEF LIQ	3	ADD
APRODINE TABLET	3	MO; ADD
AQUANAZ TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BANOPHEN 25 MG CAPSULE	3	MO; ADD
BANOPHEN 25 MG TABLET	3	MO; ADD
BANOPHEN 50 MG CAPSULE	3	MO; ADD
<i>benzonatate 100 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>benzonatate 150 mg capsule</i>	3	ADD
<i>benzonatate 200 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>benzonatate perle 100 mg cap</i>	3	MO; ADD
<i>bromphen-pse-dm 2-30-10 mg/5 ml (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>bromphen-pse-dm 2-30-10 mg/5 ml cup outer (rx)</i>	3	MO; ADD
CAPCOF LIQUID	3	MO; ADD
CAPMIST DM TABLET	3	MO; ADD
CAPRON DM LIQUID	3	MO; ADD
CAPRON DMT TABLET	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln children, grape (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln children's (otc)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cetirizine hcl 10 mg chew tab outer</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet f/c,u-d,10x10,inner</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet f/c,u-d,10x10,outer</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet indoor & outdoor</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet indoor-outdoor,24hr</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg chew tab children's,outer,u-d</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg tablet indoor & outdoor</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg/5 ml solution cup inner</i>	3	ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg/5 ml solution cup outer</i>	3	ADD
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cetirizine-pse er 5-120 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine-pse er 5-120 mg tab 12 hr relief</i>	3	MO; ADD
CHEST CONGEST RLF 400 MG TAB	3	MO; ADD
CHEST CONGESTION RELIEF DM SYR	3	ADD
CHEST CONGESTION RELIEF SOLN	3	MO; ADD
CHEST CONGST-COUGH RELIEF TAB	3	ADD
CHEST-SINUS CONGST RLF TABLET	3	ADD
CHILD ALL DAY ALLERGY 1 MG/ML	3	ADD
CHILD ALL DAY ALLERGY 1 MG/ML	3	ADD
CHILD ALL DAY ALLERGY 1 MG/ML BUBBLE GUM	3	ADD
CHILD ALLERGY 5 MG/5 ML SOLN	3	ADD
CHILD ALLERGY RELIEF 1 MG/ML	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILD ALLERGY RELIEF 5 MG/5 ML	3	ADD
CHILD ALLERGY RLF 12.5 MG/5 ML	3	ADD
CHILD CETIRIZINE 10 MG CHEW TB CHEWABLE, ALLERGY	3	ADD
CHILD CETIRIZINE 5 MG CHEW TAB	3	ADD
CHILD CETIRIZINE HCL 1 MG/ML	3	ADD
CHILD CETIRIZINE HCL 1 MG/ML CHILDREN'S	3	ADD
CHILD COUGH DM ER 30 MG/5 ML	3	ADD
CHILD DAYCLEAR ALLERGY CHEW TB	3	ADD
CHILD DELSYM COUGH 30 MG/5 ML AGE 4+,GRAPE	3	ADD
CHILD DELSYM COUGH 30 MG/5 ML AGE 4+,ORANGE	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILD DELSYM COUGH PLUS DY-NT	3	ADD
CHILD LORATADINE 10 MG/10 ML INNER	3	MO; ADD
CHILD LORATADINE 10 MG/10 ML OUTER	3	MO; ADD
CHILD LORATADINE 5 MG TAB CHEW	3	ADD
CHILD LORATADINE 5 MG/5 ML SOL	3	MO; ADD
CHILD LORATADINE 5 MG/5 ML SYR	3	MO; ADD
CHILD LORATADINE 5 MG/5 ML SYR GRAPE	3	MO; ADD
CHILD MUCINEX FREEFROM DY COLD	3	ADD
CHILD MUCINEX FREEFROM MS D-N	3	ADD
CHILD MUCINEX M-S COLD DAY-NTE	3	ADD
CHILD MUCINEX MULTI-SYMPTOM LQ	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILD MUCINEX STUFFY NOSE-CHST	3	MO; ADD
CHILD MUCUS RELIEF COUGH LIQ CHERRY,CHILD	3	ADD
CHILD MUCUS RELIEF M-S COLD LQ	3	ADD
CHILD MUCUS-COUGH 5-100 MG/5 ML	3	ADD
CHILD MUCUS-COUGH RELIEF LIQ	3	ADD
CHILD TRIAMINIC M-S FEVER-COLD	3	ADD
CHILDREN'S COLD-COUGH ELIXIR RED GRAPE,CHILD	3	ADD
CHILDREN'S COLD-COUGH LIQUID	3	ADD
CHILDREN'S MUCINEX COUGH LIQ	3	ADD
CHILDREN'S MUCINEX FREEFROM LQ	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILDREN'S PLUS M-S COLD SUSP GRAPE,MULTI-SYMPOM	3	ADD
CHILD'S ALLERGY 12.5 MG/5 ML CHERRY,CHILD	3	ADD
CHLD ALLRGY RLF 12.5 MG CHEW TB	3	ADD
CHLO HIST ORAL SOLUTION	3	MO; ADD
CHLO TUSS LIQUID	3	MO; ADD
<i>chlorpheniramine 4 mg tablet</i>	3	ADD
<i>chlorpheniramine er 12 mg tab</i>	3	ADD
<i>codeine-guaifen 10-100 mg/5 ml (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>codeine-guaifen 10-100 mg/5 ml d/f (otc)</i>	3	MO; ADD
COLD-COUGH ELIXIR	3	ADD
CONEX 2 MG-60 MG/5 ML SOLN	3	ADD
CONEX TABLET	3	ADD
COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP	3	MO; ADD
COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP 12 HOUR	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP 12HR, GLUTEN-FREE	3	MO; ADD
COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP GLUTEN-FREE, 12HR	3	MO; ADD
COUGH-COLD HBP TABLET	3	ADD
COUGH-COLD TABLET	3	ADD
DAY MULTI-SYMP FLU-SEVERE COLD	3	ADD
DAY TIME COLD-FLU SOFTGEL SOFTGEL	3	ADD
DAYCLEAR ALLERGY 25-50 MG TAB	3	ADD
DAYTIME COLD-FLU RELIEF LIQUID	3	ADD
DAYTIME COLD-FLU RELIEF SFTGL	3	ADD
DAYTIME SEVERE COLD-FLU LIQUID	3	ADD
DECONEX DMX 17.5-400-10 MG TAB	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DECONEX IR 385-10 MG TABLET	3	MO; ADD
DELSYM 30 MG/5 ML SUSPENSION	3	MO; ADD
DELSYM 30 MG/5 ML SUSPENSION FOR ADULT	3	MO; ADD
DELSYM 30 MG/5 ML SUSPENSION GRAPE	3	MO; ADD
DELSYM COUGH+CHEST CNGST DM LQ	3	MO; ADD
DELSYM COUGH-SORE THROAT LIQ	3	ADD
<i>dextromethorphan 15 mg liq gel</i>	3	MO; ADD
<i>dextromethorphan er 30 mg/5 ml</i>	3	ADD
DIMAPHEN DM ELIXIR GRAPE, GLUTEN-F	3	MO; ADD
DIPHEDRYL 12.5 MG/5 ML ELIXIR	3	ADD
<i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg caplet</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>diphenhydramine 25 mg capsule (otc)</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg capsule u-d, 10x10 (otc)</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg/10 ml</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg/10 ml cup</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg/10 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg/10 ml inner</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg/10 ml outer</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 50 mg capsule (otc)</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 50 mg capsule u-d, 10x10 (otc)</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	1	MO
<i>diphenhydramine hcl oral elixir</i>	1	PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DM-GUAIF-PE 18-200-10 MG/15 ML	3	ADD
DURAFLU 325-20-200-60 MG TAB	3	MO; ADD
ED A-HIST DM TABLET	3	MO; ADD
ED A-HIST LIQUID (OTC)	3	MO; ADD
ED BRON GP LIQUID	3	ADD
ED CHLORPED JR SYRUP	3	MO; ADD
ED-A-HIST 4 MG-10 MG TABLET	3	MO; ADD
ED-A-HIST DM LIQUID BANANA FLAVOR (OTC)	3	MO; ADD
ENDACOF-DM LIQUID	3	MO; ADD
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	1	MO; QL (2 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>fexofenadine hcl 180 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>fexofenadine hcl 180 mg tablet 24 hour, non-drowsy (otc)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fexofenadine hcl 180 mg tablet 24hr,original str (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>fexofenadine hcl 180 mg tablet non-drowsy, 24hr (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>fexofenadine hcl 60 mg tablet indoor/outdoor (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>fexofenadine-pse er 180-240 tb (otc)</i>	3	ADD
<i>fexofenadine-pse er 60-120 tab (otc)</i>	3	ADD
<i>fexofenadine-pse er 60-120 tab allergy/congest,12hr (otc)</i>	3	ADD
FLU HBP 325-2-10 MG CAPLET	3	ADD
FLU-SEVERE COLD-COUGH DAY PKT	3	ADD
GNP ALL DAY ALLERGY-D TABLET	3	ADD
GNP COUGH GELS 15 MG LIQUID CP	3	ADD
<i>gnp loratadine 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
GS ALL DAY ALLERGY 10 MG TAB	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GS ALL DAY ALLERGY-D TABLET	3	ADD
GS ALLER-EASE 180 MG TABLET	3	ADD
GS ALLERGY RELIEF 10 MG TABLET	3	ADD
GS ALLERGY RELIEF 10 MG TABLET NON-DROWSY	3	ADD
GS ALLERGY RELIEF 25 MG CAP	3	ADD
GS ALLERGY RELIEF 25 MG TABLET	3	ADD
GS CHILD ALL DAY ALLER 1 MG/ML	3	ADD
GS CHILD ALLERGY 12.5 MG/5 ML	3	ADD
GS CHILD MUCUS RELIEF M-S COLD	3	ADD
GS CHILD MUCUS RLF COUGH LIQ	3	ADD
GS CHILDREN'S COLD-COUGH SOLN	3	ADD
GS CHLD COUGH DM ER 30 MG/5 ML	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GS COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP	3	MO; ADD
GS DAY TIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE	3	ADD
GS DAYTIME COLD-FLU SOFTGEL	3	ADD
GS FLU-SEV COLD-COUGH DAY PKT	3	ADD
<i>gs nasal decong pe 10 mg tab</i>	3	ADD
GS NASAL DECONG PE 10 MG TAB	3	ADD
GS NASAL DECONGEST 30 MG TAB	3	ADD
GS NIGHTTIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE,ORIGINAL	3	ADD
GS NIGHTTIME COLD-FLU SOFTGEL	3	ADD
GS NIGHTTIME COUGH LIQUID	3	ADD
GS SEVERE COLD-FLU NIGHTTME LQ	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GS SEVERE DAY COLD-FLU CAPLET	3	ADD
GS SEVERE DAY COLD-FLU CAPLET CPLT,NON-DROWSY	3	ADD
GS SEVERE DAYTIME COLD-FLU LIQ	3	ADD
GS SUPHEDRINE 12HR 120 MG CPLT	3	ADD
GS TUSSIN CF LIQUID	3	MO; ADD
GS TUSSIN DM COUGH SYRUP	3	ADD
GS TUSSIN DM COUGH-CHEST SOLN	3	ADD
GS TUSSIN DM LIQUID	3	ADD
GS TUSSIN MUCUS-CONG 100 MG/5	3	ADD
GS TUSSIN MUCUS-CONG 200 MG/10	3	ADD
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml (otc)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GUAIFENESIN-CODEINE 100-10 MG/5 ML CUP INNER (OTC)	3	MO; ADD
GUAIFENESIN-CODEINE 100-10 MG/5 ML CUP OUTER (OTC)	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml cup inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml cup outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-dm 200-20 mg/10 ml</i>	3	ADD
<i>guaifenesin-dm 200-20 mg/10 ml cup inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-dm 200-20 mg/10 ml cup outer (otc)</i>	3	MO; ADD
GUAIFENESIN-PSE 375-60 MG TAB	3	ADD
<i>guaifenesin-pse er 1200-120 mg (otc)</i>	3	ADD
<i>guaifenesin-pse er 600-60 mg (otc)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HISTEX 2.5 MG/5 ML SYRUP	3	ADD
HISTEX PD 0.938 MG/ML DROP	3	MO; ADD
HISTEX-AC SYRUP	3	ADD
HISTEX-DM SYRUP	3	MO; ADD
HM ADT TUSSIN COUGH CONG DM LQ	3	ADD
HM ADULT TUSSIN CHEST CONG LIQ CHERRY,NO-DROWSY	3	ADD
HM ADULT TUSSIN CHEST CONG LIQ GLUTEN-FREE	3	ADD
HM ALLERGY RELIEF 10 MG TABLET	3	ADD
HM ALLERGY RELIEF 25 MG CAP	3	ADD
HM ALLERGY RELIEF 25 MG TABLET	3	ADD
HM ALLERGY RELIEF 4 MG TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM ALLERGY RLF-NASAL DECONG TB NON-DROWSY,24 HR RLF	3	MO; ADD
HM ALLERGY-CONGESTION 12HR TAB	3	ADD
HM CHEST CONGEST RLF 400 MG TB CAPLET,D/F	3	MO; ADD
HM CHEST CONGEST RLF DM CAPLET CAPLET,D/F	3	MO; ADD
HM CHILD ALL DAY ALLER 1 MG/ML	3	ADD
HM CHILD ALLERGY 12.5 MG/5 ML	3	ADD
HM CHILD LORATADINE 5 MG/5 ML	3	MO; ADD
HM CHILD MUCUS RELIEF COUGH LQ	3	ADD
HM CHILD'S COLD-COUGH ELIXIR RED GRAPE	3	ADD
HM COLD-SINUS 200-30 MG COATED CAPLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP GLUTEN-FREE	3	MO; ADD
HM COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP GRAPE, GLUTEN-F	3	MO; ADD
HM DAY SEVERE COLD-FLU CAPLET	3	ADD
HM DAYTIME COLD-FLU LIQUID	3	ADD
<i>hm fexofenadine hcl 180 mg tab 24 hour, gluten-free (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hm fexofenadine hcl 60 mg tab (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hm loratadine 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
HM MUCUS DM MAX ER 1200-60 MG	3	MO; ADD
HM MUCUS RELIEF ER 1,200 MG TB	3	ADD
HM MUCUS RELIEF ER 600 MG TAB	3	MO; ADD
HM NASAL DECONG PE 10 MG TAB	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM NASAL DECONG PE 10 MG TAB NON-DROWSY, MAX-STR	3	ADD
HM NASAL DECONGEST 30 MG TAB	3	ADD
HM NASAL DECONGEST ER 120 MG	3	ADD
HM NIGHT TIME COLD-FLU LIQ GLUTEN-FREE	3	ADD
HM NIGHT TIME COLD-FLU LIQ GLUTEN-FREE, CHERRY	3	ADD
HM SEVERE COLD-FLU CAPLET	3	ADD
HM TUSSIN DM 400-20 MG/20 ML	3	ADD
HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLN	3	MO; ADD
<i>hydrocodone-chlorphen er susp</i>	3	MO; ADD
HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLUTION CUP INNER	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLUTION CUP OUTER	3	ADD
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocodone-homatropine soln</i>	3	ADD
HYDROMET 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLN	3	MO; ADD
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>levocetirizine 5 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>levocetirizine oral solution</i>	1	MO
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
LOHIST-D LIQUID	3	MO; ADD
LOHIST-DM SYRUP	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg odt</i>	3	ADD
<i>loratadine 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet 10x10, outer</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet 10x10,u-d,inner</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>loratadine 10 mg tablet 10x10,u-d,outer</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet non-drowsy</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 5 mg/5 ml syrup children's</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 5 mg/5 ml syrup children's, d/f</i>	3	MO; ADD
LORATADINE ALLERGY 5 MG/5 ML D/F	3	MO; ADD
LORATADINE-D 12 HOUR TABLET	3	MO; ADD
LORATADINE-D 24HR TABLET	3	MO; ADD
LORTUSS LQ 6.25-30 MG/5 ML LIQ	3	ADD
MAPAP COLD FORMULA CAPLET	3	MO; ADD
MAR-COF BP LIQUID	3	ADD
MAR-COF CG LIQUID	3	MO; ADD
MAXICHLOR PEH DM TABLET	3	ADD
MAXIFED TABLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MAXIFED TR 30-1.25 MG TABLET	3	ADD
MAXI-TUSS AC LIQUID	3	MO; ADD
MAXI-TUSS CD LIQUID	3	ADD
MAXI-TUSS G LIQUID	3	ADD
MAXI-TUSS GMX LIQUID	3	ADD
MAXI-TUSS JR LIQUID	3	ADD
MAXI-TUSS PE JR LIQUID	3	ADD
MAXI-TUSS PE LIQUID	3	ADD
MAXI-TUSS PE MAX LIQUID	3	ADD
MAXI-TUSS TR SYRUP	3	ADD
<i>m-dryl 12.5 mg/5 ml solution</i>	3	MO; ADD
M-DRYL 12.5 MG/5 ML SOLUTION	3	MO; ADD
M-END DMX LIQUID	3	MO; ADD
MICLARA DM LIQUID	3	ADD
MICLARA LQ 1.25 MG/5 ML SYRUP	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCINEX COLD-FLU-SORETHROAT LQ	3	ADD
MUCINEX D ER 1,200-120 MG TAB	3	MO; ADD
MUCINEX D ER 600-60 MG TABLET	3	MO; ADD
MUCINEX DM ER 1,200-60 MG TAB BI-LAYER, MAX-STR	3	MO; ADD
MUCINEX DM ER 600-30 MG TABLET	3	MO; ADD
MUCINEX DM ER 600-30 MG TABLET BI-LAYER	3	MO; ADD
MUCINEX ER 1,200 MG TABLET	3	MO; ADD
MUCINEX ER 1,200 MG TABLET MAX STR, BI-LAYER	3	MO; ADD
MUCINEX ER 600 MG TABLET	3	MO; ADD
MUCINEX ER 600 MG TABLET BI-LAYER, 12 HOURS	3	MO; ADD
MUCINEX ER 600 MG TABLET INNER	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCINEX ER 600 MG TABLET OUTER	3	MO; ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU CAP	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU CPLT	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU LIQ	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU LIQ	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU THRT	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX CONGEST-COUGH	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX CONGEST-COUGH	3	MO; ADD
MUCINEX FAST-MAX CONGEST-HEAD	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX DM MAX LIQUID MAXIMUM STRENGTH	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCINEX FAST-MAX DY-NT CLD-FLU	3	ADD
MUCINEX FAST-MAX NITE COLD-FLU	3	ADD
MUCINEX FREEFROM COLD-FLU D-N	3	ADD
MUCINEX FREEFROM DY CLD-FLU LQ	3	ADD
MUCINEX FREEFROM NT CLD-FLU LQ	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHFT SEVR CLD-FLU	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT COLD-FLU LQ	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT SINUS LIQ	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX CONG-PAIN CP	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX DY-NT LIQEL	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCINEX SINUS-MAX PRESSURE-CGH	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX SEVERE CPLT	3	ADD
MUCOSA 400 MG TABLET	3	ADD
MUCOSA DM 400-20 MG TABLET	3	ADD
MUCUS D ER 600-60 MG TABLET	3	ADD
MUCUS DM MAX ER 1,200-60 MG TB	3	MO; ADD
MUCUS ER 600 MG TABLET	3	MO; ADD
MUCUS RELIEF 400 MG TABLET	3	MO; ADD
MUCUS RELIEF DM COUGH TABLET	3	ADD
MUCUS RELIEF DM MAX LIQUID	3	ADD
MUCUS RELIEF ER 1,200 MG TAB	3	ADD
MUCUS RELIEF ER 600 MG TABLET	3	MO; ADD
MUCUS RELIEF PE TABLET	3	ADD
MUCUS RLF DM ER 600-30 MG TAB	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCUS RLF DM MAX ER 1200-60 MG	3	MO; ADD
NASAL DECONGESTANT 30 MG TAB	3	ADD
NASAL DECONGESTANT 30 MG TAB MAXIMUM STRENGTH	3	ADD
NASAL DECONGESTANT 30 MG TAB NON-DROWSY,MAX-STR	3	ADD
NASAL DECONGESTANT PE 10 MG TB	3	ADD
NASAL DECONGESTANT PE 10 MG TB MAX-STR	3	ADD
NASAL DECONGESTANT PE 10 MG TB NON-DROWSY,MX-STR	3	ADD
NASOPEN PE LIQUID	3	MO; ADD
NIGHT SEVERE COLD-COUGH PKT	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NIGHT TIME COLD-FLU LIQUID MULTI-SYMP, ORIGINAL	3	ADD
NIGHT TIME COLD-FLU LIQUID MULTI-SYMP, CHERRY	3	ADD
NIGHT TIME COLD-FLU GLUTEN-FREE, SOFTGEL	3	ADD
NIGHT TIME COUGH LIQUID MULTI SYMPT, CHERRY	3	ADD
NIGHTTIME COLD AND FLU LIQUID	3	ADD
NIGHTTIME COLD-FLU LIQUID	3	ADD
NIGHTTIME COLD-FLU RLF SFTGL	3	ADD
NIGHTTIME COUGH LIQUID	3	ADD
NINJACOF LIQUID	3	MO; ADD
NINJACOF-A LIQUID	3	ADD
NINJACOF-XG LIQUID	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NIVANEX DMX TABLET	3	ADD
NOHIST-DM LIQUID	3	MO; ADD
NOHIST-LQ LIQUID	3	ADD
NOREL AD TABLET	3	MO; ADD
PEDIACLEAR PD 0.625 MG/ML DROP	3	ADD
PEDIAVENT 2 MG/5 ML SYRUP	3	ADD
PHARBEDRYL 25 MG CAPSULE	3	ADD
PHARBEDRYL 50 MG CAPSULE	3	ADD
PHENYLEPHRINE 10 MG TABLET	3	MO; ADD
POLY HIST FORTE 10.5-10 MG TAB	3	MO; ADD
POLY-HIST DM LIQUID	3	ADD
POLY-TUSSIN AC LIQUID	3	MO; ADD
POLY-VENT DM TABLET	3	ADD
POLY-VENT IR TABLET	3	MO; ADD
<i>promethazine injection solution</i>	1	MO
<i>promethazine oral</i>	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>promethazine-codeine solution</i>	3	MO; ADD
<i>promethazine-codeine syrup</i>	3	MO; ADD
<i>promethazine-dm 6.25-15 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine 30 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine 60 mg tablet (otc)</i>	3	ADD
<i>pseudoephedrine er 120 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine er 120 mg tab 12 hour, coated</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine er 120 mg tab coated cplt, max str</i>	3	MO; ADD
QC ALL DAY ALLERGY 10 MG TAB	3	MO; ADD
QC ALLERGY & SINUS HA CAPLET	3	ADD
QC CHILD ALLERGY 12.5 MG/5 ML	3	ADD
QC CHILDREN'S ALLERGY 1 MG/ML	3	ADD
QC COLD RELIEF PLUS EFF TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QC COMPLETE ALLERGY 25 MG CAP	3	ADD
QC COMPLETE ALLERGY 25 MG CAP	3	ADD
<i>qc fexofenadine hcl 180 mg tab (otc)</i>	3	MO; ADD
QC IBUPROFEN CLD-SINUS CPLT NON-DROWSY, CAPLET	3	ADD
<i>qc loratadine 10 mg tablet non-drowsy</i>	3	MO; ADD
QC LORATADINE-D 24HR TABLET NON-DROWSY	3	MO; ADD
QC MUCUS RELIEF 400 MG CAPLET	3	MO; ADD
QC MUCUS RELIEF DM TABLET	3	ADD
QC MUCUS RELIEF ER 1,200 MG TB	3	ADD
QC MUCUS RELIEF ER 600 MG TAB	3	MO; ADD
QC SUPHEDRINE 12HR 120 MG CPLT NON-DROWSY, 12HR	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QC TUSSIN CF LIQUID	3	MO; ADD
QC TUSSIN DM LIQUID	3	ADD
QC TUSSIN MUCUS-CONG 200 MG/10	3	ADD
RESCON TABLET	3	MO; ADD
RESCON-DM LIQUID	3	MO; ADD
RESCON-GG LIQUID	3	MO; ADD
ROBAFEN CF LIQUID MULTI-CLD SYMPTM	3	MO; ADD
ROBAFEN DM CGH-CHEST CONG SYRP	3	ADD
ROBAFEN DM COUGH LIQUID	3	ADD
RU-HIST D 10-4 MG TABLET	3	MO; ADD
RYDEX LIQUID	3	ADD
RYMED TABLET	3	MO; ADD
RYNEX DM LIQUID GLUTEN/F	3	MO; ADD
RYNEX DM LIQUID PROF USE ONLY	3	MO; ADD
RYNEX PE LIQUID	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RYNEX PSE LIQUID	3	ADD
SEVERE COLD-FLU CAPLET	3	ADD
SILADRYL 12.5 MG/5 ML LIQUID	3	ADD
SILTUSSIN DM DAS 100-10 MG/5 ML	3	ADD
SILTUSSIN SA 100 MG/5 ML SYR	3	ADD
SINUS CONGESTION-PAIN CAPLET	3	MO; ADD
SINUS CONGST-PAIN 325-200-5 MG	3	ADD
SINUS PRESSURE-PAIN CAPLET	3	ADD
SM ALL DAY ALLERGY 10 MG TAB	3	MO; ADD
SM ALL DAY ALLERGY-D TABLET	3	ADD
SM ALLERGY 4 MG TABLET	3	ADD
SM ALLERGY RELIEF 12.5 MG/5 ML	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM ALLERGY RELIEF 12.5 MG/5 ML CHILDREN'S, CHERRY	3	MO; ADD
SM ALLERGY RELIEF 25 MG TABLET	3	ADD
SM CHEST CONG RELIEF PE CAPLET	3	ADD
SM CHEST CONGEST RLF DM CAPLET CAPLET,D/F	3	MO; ADD
SM CHEST CONGESTION 400 MG CPLT CAPLET,D/F	3	MO; ADD
SM CHILD ALL DAY ALLER 1 MG/ML	3	ADD
SM CHILD ALL DAY ALLER 1 MG/ML CHERRY	3	ADD
SM CHILD ALL DAY ALLER 1 MG/ML D/F, S/F, A/F BUBBLE	3	ADD
SM CHILD ALLERGY 5 MG/5 ML SOL	3	ADD
SM CHILD LORATADINE 5 MG/5 ML GLUTEN/F	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM COLD-FLU SEVERE CAPLET GLUTEN-FREE	3	ADD
SM COLD-SINUS RELIEF CAPLET	3	ADD
SM COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP	3	MO; ADD
SM DAY TIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE	3	ADD
SM DAY TIME COLD-FLU RLF SFTGL	3	ADD
<i>sm fexofenadine hcl 180 mg tab 24hr, gluten-free (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm loratadine 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sm loratadine 10 mg tablet non-drowsy</i>	3	MO; ADD
<i>sm loratadine 10 mg tablet non-drowsy,gluten-f</i>	3	MO; ADD
<i>sm loratadine 5 mg/5 ml syrup</i>	3	MO; ADD
SM LORATA-DINE D 24HR TABLET	3	ADD
SM LORATADINE-D 12 HOUR TABLET	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM MUCUS RELIEF COUGH LIQUID CHILDRENS	3	ADD
SM MUCUS RELIEF ER 600 MG TAB	3	MO; ADD
SM MUCUS-ER MAX 1,200 MG TAB	3	MO; ADD
SM NASAL DECONG PE 10 MG TAB	3	ADD
SM NASAL DECONGEST 30 MG TAB	3	ADD
SM NASAL DECONGEST ER 120 MG	3	ADD
SM NITE TIME COLD-FLU LIQUID	3	ADD
SM NITE TIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE,CHERRY	3	ADD
SM TUSSIN CF SYRUP	3	MO; ADD
SM TUSSIN DM 400-20 MG/20 ML	3	ADD
SM TUSSIN DM LIQUID	3	ADD
SM TUSSIN DM SYRUP	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM TUSSIN MUCUS-CONG 200 MG/10 ADULT,NON-DROWS	3	ADD
STAHIST AD TABLET	3	MO; ADD
SUDOGEST 12 HOUR 120 MG CAPLET	3	MO; ADD
SUDOGEST 30 MG TABLET	3	MO; ADD
SUDOGEST 30 MG TABLET BOXED	3	MO; ADD
SUDOGEST 60 MG TABLET	3	MO; ADD
SUDOGEST COLD AND ALLERGY TAB	3	MO; ADD
SUPHEDRIN 30 MG TABLET	3	ADD
SYMJEPI	2	QL (2 per 30 days)
THERAFLU EXPRESSMAX COLD-COUGH	3	ADD
THERAFLU EXPRESSMAX DAY CAPLET	3	ADD
THERAFLU EXPRESSMAX NIGHT CPLT	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
THERAFLU FLU & SORE THROAT	3	ADD
THERAFLU MS SEVERE COLD PCKT	3	ADD
THERAFLU NT SEVERE CLD-CGH PKT NIGHTTIME	3	ADD
TRIAMINIC DAYTIME COLD-COUGH CHILDREN'S, CHERRY	3	ADD
TRIAMINIC NIGHTTIME COLD-COUGH CHILDREN'S, GRAPE	3	ADD
TRIPROLIDINE 0.938 MG/ML DROPS	3	ADD
TUSNEL CAPLET	3	ADD
TUSNEL DIABETIC LIQUID	3	MO; ADD
TUSNEL DIABETIC LIQUID D/F	3	MO; ADD
TUSNEL LIQUID D/F	3	ADD
TUSNEL PED 5-50-15 MG/5 ML LIQ (OTC)	3	ADD
TUSSIN 400 MG TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TUSSIN CF COUGH-COLD LIQUID NON-DROWSY	3	ADD
TUSSIN CF COUGH-COLD SYRUP NON-DROWSY	3	MO; ADD
TUSSIN CF MAX SEVERE M-S COLD	3	ADD
TUSSIN CF MULTI-SYMPOM COLD	3	MO; ADD
TUSSIN COUGH LIQUID LONG-ACTING	3	ADD
TUSSIN COUGH LIQUID MAXIMUM STRENGTH	3	ADD
TUSSIN DM 400-20 MG TABLET	3	ADD
TUSSIN DM 400-20 MG/20 ML LIQ	3	ADD
TUSSIN DM CLEAR SYRUP D/F	3	ADD
TUSSIN DM LIQUID	3	ADD
TUSSIN DM SYRUP	3	ADD
TUSSIN MUCUS-CONG 200 MG/10	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VANACOF DM 18-200-10 MG/15 ML	3	MO; ADD
VANACOF DMX 18-396-10 MG/15 ML	3	ADD
VANACOF LIQUID	3	MO; ADD
VANATAB DM CAPLET	3	ADD
PULMONARY AGENTS		
<i>acetylcysteine</i>	1	B/D PA; MO
ADEMPAS	2	PA; MO; LA
ADVAIR HFA	2	MO; QL (12 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	1	B/D PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1	MO
ALLERGY RELIEF 50 MCG SPRAY	3	ADD
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (12.2 per 30 days)
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (6.1 per 30 days)
<i>alyq</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan</i>	1	PA; MO; LA
<i>arformoterol</i>	1	B/D PA; MO
ASMANEX HFA	2	MO; QL (13 per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACTUATION (30), 220 MCG/ACTUATION (30), 220 MCG/ACTUATION (60)	2	MO; QL (1 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120)	2	MO; QL (2 per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14)	2	QL (2 per 28 days)
ATROVENT HFA	2	MO; QL (25.8 per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE	2	MO; QL (10.7 per 30 days)
<i>bosentan</i>	1	PA; MO; LA
BREO ELLIPTA	2	MO; QL (60 per 30 days)
<i>breyana</i>	1	MO; QL (10.3 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE	2	MO; QL (10.7 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.5 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol</i>	1	QL (10.2 per 30 days)
CHILD FLONASE ALLER RLF 50 MCG	3	MO; ADD
CINRYZE	2	PA; MO
COMBIVENT RESPIMAT	2	MO; QL (8 per 30 days)
<i>cromolyn inhalation</i>	1	B/D PA; MO
CROMOLYN SODIUM NASAL SPRAY	3	MO; ADD
DALIRESP	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
DULERA	2	MO; QL (13 per 30 days)
ELIXOPHYLLIN	2	
ESBRIET ORAL CAPSULE	2	PA; MO; QL (270 per 30 days)
FASENRA	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FASENRA PEN	2	PA; MO; QL (1 per 28 days)
FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG SPR	3	MO; ADD
FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG SPR 120 METERED SPRAYS	3	MO; ADD
FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG SPR 3X120 METERED SPRAYS	3	MO; ADD
FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG SPR 60 METERED SPRAYS	3	MO; ADD
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION , 50 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (240 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FLOVENT HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (10.6 per 30 days)
<i>flunisolide</i>	1	MO; QL (50 per 30 days)
FLUTICASONE PROP 50 MCG SPRAY (OTC)	3	MO; ADD
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	1	MO; QL (16 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>formoterol fumarate</i>	1	B/D PA; MO
HM ALLERGY RELIEF 50 MCG SPRAY	3	ADD
<i>icatibant</i>	1	PA; MO
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	1	B/D PA; MO
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 5.8 MG	2	PA; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 1.25 mg/0.5 ml</i>	1	B/D PA
<i>mometasone nasal</i>	1	MO; QL (34 per 30 days)
<i>montelukast</i>	1	MO
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2	PA; MO; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	2	PA; MO; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	2	PA; MO; LA; QL (3 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; LA; QL (0.4 per 28 days)
OFEV	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT	2	PA; MO; LA
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	2	PA; MO; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET	2	PA; MO; QL (112 per 28 days)
ORLADEYO	2	PA; LA
<i>pirfenidone oral capsule</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (2 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	2	QL (1 per 30 days)
PULMOZYME	2	B/D PA; MO
QC ALLERGY RELIEF 50 MCG SPRAY	3	ADD
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (10.6 per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (21.2 per 30 days)
<i>roflumilast</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sajazir</i>	1	PA; MO
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	1	PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
SM ALLERGY RELIEF 50 MCG SPRAY	3	ADD
SPIRIVA RESPIMAT	2	MO; QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER	2	MO; QL (90 per 90 days)
STIOLTO RESPIMAT	2	MO; QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT	2	MO; QL (4 per 30 days)
SYMBICORT	2	MO; QL (10.2 per 30 days)
SYMDEKO	2	PA; MO; QL (56 per 28 days)
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline</i>	1	MO
THEO-24	2	MO
<i>theophylline oral elixir</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>tiotropium bromide</i>	1	QL (90 per 90 days)
TRELEGY ELLIPTA	2	MO; QL (60 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	2	PA; MO; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	2	PA; MO; QL (84 per 28 days)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	2	PA; MO; LA; QL (8 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	2	PA; MO; LA; QL (8 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	2	PA; MO; LA; QL (1 per 28 days)
<i>zafirlukast</i>	1	MO

UROLOGICALS

ANTICHOLINERGICS / ANTISPASMODICS

<i>fesoterodine</i>	1	MO
<i>flavoxate</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED REL RECON	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	2	MO
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
OXYTROL FOR WOMEN 3.9 MG/24HR OUTER	3	MO; ADD
<i>tolterodine</i>	1	MO
<i>tropium oral tablet</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA(BPH) THERAPY		
<i>alfuzosin</i>	1	MO
<i>dutasteride</i>	1	MO
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>silodosin</i>	1	MO
<i>tamsulosin</i>	1	MO
MISCELLANEOUS UROLOGICALS		
<i>bethanechol chloride</i>	1	MO
CYSTAGON	2	PA; LA
ELMIRON	2	MO
<i>glycine urologic</i>	1	
<i>glycine urologic solution</i>	1	
K-PHOS NO 2	2	MO
K-PHOS ORIGINAL	2	MO
ORACIT ORAL SOLUTION	3	MO; ADD
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	1	MO
RENACIDIN	2	MO
<i>sod citrate-citric acid soln (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sod citrate-citric acid soln 100's, u-d (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod citrate-citric acid solution 1.5-1 gm/15 ml cup inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod citrate-citric acid solution 1.5-1 gm/15 ml cup outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod citrate-citric acid solution 3-2 gm/30 ml cup inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod citrate-citric acid solution 3-2 gm/30 ml cup outer (rx)</i>	3	MO; ADD
URINARY ANESTHETICS		
SM URINARY PAIN REL 97.5 MG TB MAX-STRENGTH	3	ADD
SM URINARY PAIN RLF 95 MG TAB	3	ADD
URINARY PAIN RELIEF 95 MG TAB	3	ADD
URINARY PAIN RELIEF 99.5 MG TB	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES		
BLOOD DERIVATIVES		
<i>albumin, human 25 %</i>	1	
<i>alburx (human) 25 %</i>	1	
<i>alburx (human) 5 %</i>	1	
<i>albutein 25 %</i>	1	
<i>albutein 5 %</i>	1	
<i>plasbumin 25 %</i>	1	
<i>plasbumin 5 %</i>	1	
ELECTROLYTES		
ANTACID 500 MG CHEW TABLET	3	ADD
ANTACID 500 MG CHEWABLE TABLET INNER	3	ADD
ANTACID 500 MG CHEWABLE TABLET OUTER	3	ADD
ANTACID 750 MG CHEWABLE TABLET	3	ADD
ANTACID EX-STR 750 MG TAB CHEW	3	ADD
ANTACID ULTRA STR 1,000 MG CHW	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ANTACID XTRA STRENGTH CHEW TAB	3	ADD
BIOLYTE LIQUID CITRUS	3	ADD
CAL-CITRATE PLUS VITAMIN D TAB	3	ADD
CALCIUM 1,000 + D3 CAPLET	3	MO; ADD
CALCIUM 250-D TABLET OYSTER SHELL (RX)	3	ADD
<i>calcium 250-vit d3 125 tablet</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM 500 MG CHEWABLE TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet p/f,gluten-f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet tab chew,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500 mg tablet oyster shell,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500 mg-vit d3 10 mcg tab (rx)</i>	3	ADD
CALCIUM 500 MG-VIT D3 15 MCG TAB	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg-vit d3 5 mcg tb (rx)</i>	3	ADD
CALCIUM 500 MG-VIT D3 600 UNIT	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 10 mcg chew</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 125 caplet</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 caplet caplt,p/f,no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 caplet gluten-free,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 tablet 10x10, u-d (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium 500-vit d3 200 tablet lactose free, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 tablet p/f,n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 chew tb</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 chew tb</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet easy absorption, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet p/f,gluten-f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet p/f,n,no lactose (rx)</i>	3	ADD
CALCIUM 500-VIT D3 600 CAPLET	3	MO; ADD
CALCIUM 500-VIT D3 600 TABLET	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg caplet p/f (otc)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium 600 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg tablet 10x10 u-d, 600mg elem (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg tablet 600mg elemental (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600 mg tablet gluten-free, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600 mg tablet p/f, n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-d3 400 unit sfgl</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-vit d3 10 mcg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-vit d3 5 mcg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 with vit d chew tb p/f</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600+d softgel</i>	3	MO; ADD
CALCIUM 600-VIT D3 2,500 SFTGL	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet caplet, no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet lactose free, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet lactose free, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet p/f, d/f, lactose-free (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet p/f, high potency (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 caplet caplet, s/f, p/f (otc)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet federal supply (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet high potency (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet new formula (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f, n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f, no yeast (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f,lactose-free (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet s/f,p/f,sodium/f (otc)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM 600-VIT D3 500 SOFTGEL RAPID RELEASE, SFTGL (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM 600-VIT D3 500 SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet coated, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>calcium antacid 500 mg chw tab assorted fruit</i>	3	MO; ADD
<i>calcium antacid 500 mg chw tab gluten-f, peppermint</i>	3	MO; ADD
<i>calcium antacid 750 mg tb chew</i>	3	MO; ADD
<i>calcium carb 1,250 mg/5 ml sus (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium carb 1,250 mg/5 ml sus n (otc)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CARB 260 MG TAB CHEW	3	ADD
<i>calcium carb 500 mg tab chew</i>	3	ADD
<i>calcium carbonate 1,250 mg/5 ml suspension cup (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium carbonate 1,250 mg/5 ml suspension cup 40's,u-d (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium carbonate 648 mg tab</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CARBONATE POWDER	3	ADD
<i>calcium chloride</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium cit 200 mg-d3 3 mcg tb (rx)</i>	3	ADD
CALCIUM CIT 200-VIT D3 250 TAB (RX)	3	ADD
<i>calcium cit 250 mg-d3 200 unit (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium cit 315 mg-d3 250 unit (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium cit 315 mg-vit d3 5 mcg (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium cit 315-vit d3 200 cpt (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium cit 315-vit d3 200 tab (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 315-VIT D3 250 CPT (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 315-VIT D3 250 TAB (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 315-VIT D3 250 TAB INNER (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 315-VIT D3 250 TAB OUTER (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium citrate - vit d caplet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium citrate - vit d caplet caplet, coated (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium citrate - vit d caplet caplet,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate - vit d p/f, caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate - vit d tablet p/f,coated (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE - VIT D3 TAB (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 200 mg caplet caplet, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 200 mg tablet coated, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 200 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 250 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 250 mg tablet</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE GRANULES	3	ADD
<i>calcium citrate-vit d caplet maximum (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 CAPLET (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM CITRATE-VIT D3 CAPLET P/F (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium citrate-vit d3 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET COATED, PETITES (RX)	3	ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET INNER (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET OUTER (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium citrate-vit d3 tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET PETITES (RX)	3	ADD
<i>calcium citrate-vitamin d3 liq</i>	3	MO; ADD
<i>calcium cit-vit d 315-200 tab p/f, lactose-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium gluconate intravenous</i>	1	
CALCIUM LACTATE 100 MG TABLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CAL-GEST 500 MG TABLET CHEW	3	MO; ADD
CAL-MINT 260 MG TABLET CHEW	3	ADD
CAL-QUICK LIQUID	3	ADD
CALTRATE 600 + D SOFT CHEW TAB CHOCOLATE TRUFFLE	3	MO; ADD
CALTRATE 600 + D SOFT CHEW TAB VANILLA CREME	3	MO; ADD
CALTRATE 600 PLUS D3 TABLET	3	MO; ADD
CERALYTE-70 ELECTROLYTE DRINK (RX)	3	ADD
CERASPORT EX1 LIQUID (RX)	3	ADD
CERASPORT LIQUID	3	ADD
CITRACAL + D MAXIMUM CAPLET (RX)	3	ADD
CITRACAL-D3 200 MG-250 UNIT TAB COATED, PETITES (RX)	3	MO; ADD
CITRACAL-D3 200 MG-250 UNIT TAB PETITES (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CITRACAL-D3 250 MG-200 UNIT TAB	3	ADD
CITRACAL-D3 MAXIMUM PLUS CAPLT	3	MO; ADD
CITRUS CALCIUM 200-VIT D3 250	3	MO; ADD
CVS CAL CIT 200 MG-D3 6.25 MCG (RX)	3	ADD
CVS CAL CIT 315 MG-D3 250 UNIT (RX)	3	MO; ADD
CVS CAL CIT 315 MG-D3 6.25 MCG (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs calcium 500-vit d3 125 tab</i>	3	ADD
<i>cvs calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs calcium 600-vit d3 400 tab (otc)</i>	3	ADD
<i>cvs calcium 600-vit d3 400 tab s/f, p/f (otc)</i>	3	ADD
<i>cvs calcium 600-vit d3 800 tab p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs calcium citrate-vit d3 tab coated (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs magnesium 250 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS MAGNESIUM 500 MG CAPLET (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs magnesium 500 mg tablet coated (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS PEDIATRIC ELECTROLYTE 16'S,FREEZER POPS (RX)	3	ADD; QL (434 per 30 days)
CVS PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN (RX)	3	ADD
CVS PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
CVS PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN DYE/FREE, STRAWBERRY (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
CVS TRIPLE MAGNESIUM COMPLEX	3	ADD
<i>effe-k oral tablet, effervescent 25 meq</i>	1	MO
ELECTROLYTE SOLUTION (RX)	3	ADD
ENFAMIL ENFALYTE SOLUTION RTU,LIGHT CHERRY (RX)	3	ADD; QL (1239 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ENFAMIL ENFALYTE SOLUTION RTU,UNFLAVORED (RX)	3	ADD; QL (413 per 30 days)
<i>eq calcium 500-vit d3 400 tab oyster shell (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eq calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
EQ CALCIUM CITRATE-D TABLET P/F, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
<i>eq calcium 600-vit d3 800 tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eq calcium citrate-vit d3 cpt (rx)</i>	3	MO; ADD
EQL CALCIUM CITRATE-VIT D3 CPT (RX)	3	MO; ADD
EQL PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
GALZIN 25 MG CAPSULE	3	MO; ADD
GALZIN 50 MG CAPSULE	3	MO; ADD
<i>gnp calcium 500-vit d3 600 tab</i>	3	MO; ADD
<i>gnp calcium 600 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp calcium 600 mg-d3 800 unit p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp calcium citrate-vit d3 tab (rx)</i>	3	MO; ADD
GS PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
HEB PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
HM ANTACID 500 MG CHEW TABLET	3	ADD
HM ANTACID EX-STR 750 MG CHEW	3	ADD
<i>hm cal antacid 750 mg chew tab ex-str, orange</i>	3	MO; ADD
HM CAL CIT 315 MG-D3 250 UNIT CAPLET (RX)	3	MO; ADD
<i>hm calcium 500-vit d3 200 cplt caplet, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>hm calcium 600-vit d3 400 tab gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>hm calcium 600-vit d3 800 tab (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM CALCIUM CITRATE-VIT D3 TAB COATED, PETITES (RX)	3	ADD
HM PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN FRUIT FLAVOR (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
HM PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN GRAPE FLAVOR (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
HYDRALYTE ELECTROLYTE SOLN	3	ADD
KINDERLYTE ELECTROLYTE SOLN	3	ADD
<i>klor-con 10</i>	1	MO
<i>klor-con 8</i>	1	MO
<i>klor-con m10</i>	1	MO
<i>klor-con m15</i>	1	MO
<i>klor-con m20</i>	1	MO
<i>klor-con oral packet 20</i>	1	MO
<i>klor-con/ef</i>	1	MO
<i>lactated ringers intravenous</i>	1	MO
LIQUID CALCIUM 600-VIT D3 SFGL SOFTGEL,P/F, GLUTEN-F (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LIQUID CALCIUM WITH VITAMIN D SOFTGEL, P/F (RX)	3	ADD
LIQUID CALCIUM-VIT D SOFTGEL	3	MO; ADD
MAG DELAY DR 64 MG TABLET	3	MO; ADD
MAG64 DR 64 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
MAG-G 500 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>magnesium 250 mg tablet p/f, no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM 400 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>magnesium 500 mg tablet p/f, gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM CHLORIDE 64 MG TAB	3	ADD
MAGNESIUM CHLORIDE CRYSTALS USP, HEXAHYDRATE (RX)	3	ADD
MAGNESIUM CHLORIDE EC 70 MG TB	3	MO; ADD
<i>magnesium chloride injection</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MAGNESIUM CITRATE 100 MG TAB	3	ADD
<i>magnesium gluc 27 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium gluc 500 mg tablet</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM GLUCONATE 250 MG TAB	3	MO; ADD
<i>magnesium gluconate tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
<i>magnesium oxide 250 mg caplet mfg unresponsive</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 250 mg caplet p/f, gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet 240mg elemental (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet 241.3mg elemen,outer (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>magnesium oxide 400 mg tablet 241.3mg elemental (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet gluten free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet p/f,soy-free (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM OXIDE 400 PACKET	3	ADD
<i>magnesium oxide 420 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 500 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 500 mg tablet extra strength (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>magnesium oxide 500 mg tablet p/f,lactose-free (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	2	
<i>magnesium sulfate in water</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	1	MO
<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	1	
MAGOX 400 TABLET (RX)	3	MO; ADD
MAGOX 400 TABLET GLUTEN FREE (RX)	3	MO; ADD
MAG-OXIDE 200 MG TAB	3	ADD
MAG-OXIDE MAGNESIUM 200 MG TAB	3	ADD
<i>manganese 1 mg/10 ml vial p/f, suv, outer</i>	3	ADD
MEDI-LYTE TABLET	3	ADD
MGO 400 MG TABLET	3	ADD
NU-MAG 71.5 MG TABLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ORALYTE FREEZER POPS	3	MO; ADD; QL (437 per 30 days)
ORALYTE SOLUTION	3	MO; ADD
ORALYTE SOLUTION	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
ORAZINC 220 MG CAPSULE	3	ADD
OS-CAL 500-VIT D3 200 CAPLET (RX)	3	ADD
OS-CAL 500-VIT D3 200 COATED CAPLET (RX)	3	ADD
OS-CAL 500-VIT D3 600 CAPLET	3	ADD
OYSCO 500-VIT D3 200 TABLET	3	MO; ADD
OYSTER SHELL 250 MG-D3 3.12 MCG	3	MO; ADD
OYSTER SHELL 250 MG-VIT D 125 (RX)	3	ADD
OYSTER SHELL 250-VIT D3 125 TB (RX)	3	ADD
OYSTER SHELL 500 MG-VIT D3 5 MCG (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OYSTER SHELL 500-VIT D3 200 PK	3	ADD
OYSTER SHELL 500-VIT D3 200 TB (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL 500-VIT D3 200 TB CAPLET (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB (RX)	3	ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB (RX)	3	ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB 500MG ELEMENTAL (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB 500MG ELEMENTAL CA (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB CAPLET,P/F,SOY-FREE (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB P/F (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB U-D, 10X10 (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D TAB P/F (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL CALCIUM-VIT D TAB P/F, GLUTEN- FREE (RX)	3	MO; ADD
OYSTER SHELL-D 250 MG TABLET U-D, 10X10 (RX)	3	ADD
OYSTERCAL-D 500 MG-400 UNIT TB	3	ADD
PEDI ELECTROLYTE FREEZER POP 16'SX62.5ML POPS (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDI ELECTROLYTE FREEZER POP 16X62.1ML POPS (RX)	3	ADD; QL (6955 per 30 days)
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN BLUE RASPBERRY	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN CHERRY PUNCH	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN STRAWBERRY LEMONADE	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN TROPICAL FRUIT	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIALYTE ELECTROLYTE SINGLES 4'S (RX)	3	ADD; QL (1659 per 30 days)
PEDIALYTE ELECTROLYTE SINGLES INNER, APPLE, RTU (RX)	3	ADD; QL (1400 per 30 days)
PEDIALYTE ELECTROLYTE SINGLES INNER, CHERRY, RTU (RX)	3	ADD; QL (1400 per 30 days)
PEDIALYTE ELECTROLYTE SINGLES OUTER, 4'S, APPLE (RX)	3	ADD; QL (1400 per 30 days)
PEDIALYTE ELECTROLYTE SINGLES OUTER, 4'S, CHERRY (RX)	3	ADD; QL (1400 per 30 days)
PEDIALYTE FREEZER POPS	3	ADD; QL (437 per 30 days)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PEDIALYTE FREEZER POPS 16'S (RX)	3	MO; ADD; QL (437 per 30 days)
PEDIALYTE SOLUTION (RX)	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIALYTE SOLUTION INNER, GRAPE (RX)	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIALYTE SOLUTION READY-TO-USE (RX)	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIALYTE SOLUTION STRAWBERRY, RTU (RX)	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIALYTE SOLUTION UNFLAVORED (RX)	3	MO; ADD; QL (413 per 30 days)
PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLUTION (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLUTION (RX)	3	ADD
PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLUTION (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLUTION APPLE, 4X237ML (RX)	3	ADD; QL (6636 per 30 days)
PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLUTION CHERRY PUNCH (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLUTION MANGO,P/F (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLUTION P/F,FRUIT (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLUTION P/F,UNFLAVORED (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLUTION STRAWBERRY,W/ ZINC (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIAVANCE LIQUID STICK APPLE, 10X120ML	3	ADD
PHOS-NAK PACKET INNER	3	MO; ADD
PHOS-NAK PACKET OUTER	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PHOSPHOROUS POWDER PACKET INNER	3	MO; ADD
PHOSPHOROUS POWDER PACKET OUTER	3	MO; ADD
PHOSPHORUS-SODIUM-POTASSIUM	3	ADD
<i>potassium acetate</i>	1	
POTASSIUM BROMIDE CRYSTALS (RX)	3	ADD
<i>potassium chloride-d5-0.45%nacl</i>	1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral liquid</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral packet</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	1	
<i>potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml</i>	1	
QC ANTACID 500 MG CHEW TABLET	3	ADD
<i>qc calcium 600-vit d3 400 tab high potency (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra calcium 600 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>ra calcium 600-vit d3 400 tab (rx)</i>	3	ADD
<i>ra calcium citrate - vit d tab p/f, d/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra calcium citrate-vit d3 tab petites (rx)</i>	3	ADD
RA HI-CAL PLUS VITAMIN D TAB (RX)	3	ADD
<i>ra magnesium 500 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
RA PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RA PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN APPLE (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
RA PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN STRAWBERRY (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
RA PEDIATRIC FREEZER POPS	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>ringer's intravenous</i>	1	
SB OYSTER SHELL CAL 500 MG TB P/F,S/F, GLUTEN-FREE (OTC)	3	ADD
SB PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN (OTC)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
SLOW-MAG 71.5 MG TABLET	3	MO; ADD
SM ANTACID 500 MG CHEW TABLET	3	ADD
SM CAL CIT 315 MG-D3 250 UNIT CAPLET, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
<i>sm calcium 500-vit d3 200 cplt (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm calcium 500-vit d3 200 cplt caplet, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>sm calcium 500-vit d3 400 tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm calcium 500-vit d3 400 tab p/f, no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>sm magnesium 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
SM PEDIATRIC ELECTROLYTE SOLN (RX)	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>sodium acetate</i>	1	
<i>sodium bicarbonate intravenous</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	1	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	1	MO
SODIUM CHLORIDE GRANULES (RX)	3	ADD
<i>sodium chloride intravenous</i>	1	
SODIUM CHLORIDE POWDER USP (RX)	3	ADD
<i>sodium phosphate</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sodium-potassium-phos powder</i>	3	ADD
SUPER CALCIUM 600-VIT D3 400 P/F (RX)	3	MO; ADD
SV CALC 600 MG-D3 12.5 MCG SFGL (RX)	3	MO; ADD
<i>sv calcium 600 mg tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
SV CALCIUM CITRATE-VIT D3 TAB P/F, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
THERMOTABS TABLET	3	MO; ADD
TUMS 750 MG CHEWY BITES	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE ASSORTED FRUIT	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TUMS E-X TABLET CHEWABLE E-X, SINGLE ROLL	3	ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE E-X,3-ROLL	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE ORANGE CREAM	3	MO; ADD
TUMS SMOOTHIES CHEW TABLET	3	MO; ADD
TUMS SMOOTHIES CHEW TABLET ASSTD TROPICAL FRUIT	3	MO; ADD
TUMS SMOOTHIES CHEW TABLET BERRY FUSION, EX-STR	3	MO; ADD
TUMS SMOOTHIES CHEW TABLET PEPPERMINT, EX-STR	3	MO; ADD
TUMS TABLET CHEWABLE	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TUMS TABLET CHEWABLE 3-ROLL, PEPPERMINT	3	ADD
TUMS TABLET CHEWABLE ASSORTED FRUIT	3	ADD
TUMS TABLET CHEWABLE PEPPERMINT	3	ADD
TUMS ULTRA 1,000 MG CHEW TAB	3	MO; ADD
TUMS ULTRA 1,000 MG CHEW TAB ASSORTED BERRIES	3	MO; ADD
TUMS ULTRA 1,000 MG CHEW TAB ASSORTED FRUIT	3	MO; ADD
TUMS ULTRA 1,000 MG CHEW TAB MAXIMUM STRENGTH	3	MO; ADD
TUMS ULTRA 1,000 MG CHEW TAB TROP FRUIT, GLUTEN-F	3	MO; ADD
TUMS X-STR 750 TABLET CHEWABLE ASSTD FRUIT FLAVOR	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
UPCAL D POWDER	3	ADD
UPCAL D POWDER PACKET	3	ADD
<i>zinc 50 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>zinc sulfate 220 mg (50 mg) cap (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>zinc sulfate 220 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>zinc sulfate 220 mg capsule inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>zinc sulfate 220 mg capsule outer (rx)</i>	3	MO; ADD
ZINC SULFATE POWDER FCC, DRIED (RX)	3	ADD
<i>zinc sulfate powder usp, monohydrate (rx)</i>	3	ADD
ZINC SULFATE POWDER USP, MONOHYDRATE (RX)	3	ADD
ZINC-220 CAPSULE (RX)	3	ADD
MISCELLANEOUS NUTRITION PRODUCTS		
ABATINEX CAPSULE	3	ADD
ACIDOPHILUS 1 MG WAFER	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ACIDOPHILUS 100 MG CAPSULE	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS CAPSULE	3	ADD
ACIDOPHILUS CAPSULE N,STARCH/F (RX)	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS LACTBACLLI 500 MIL INNER	3	ADD
ACIDOPHILUS LACTBACLLI 500 MIL OUTER	3	ADD
ACIDOPHILUS PROBIO 500M CFU CP	3	ADD
ACIDOPHILUS PROBIOTIC TABLET	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS TABLET P/F,NO-GLUTEN	3	ADD
AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET P/F, GLUTEN/F	3	ADD
AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET P/F, GLUTEN/F, BERRY	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET P/F, GLUTEN/F, ORANGE	3	ADD
ARGININE 2000 POWDER PACKET	3	ADD
<i>arginine 500 mg tablet</i>	3	MO; ADD
ARGININE PACKET	3	ADD
ARGININE-L POWDER FCC (RX)	3	ADD
BIOTECT PLUS LIQUID	3	ADD
BOOST BREEZE LIQUID INNER, ORANGE	3	MO; ADD
BOOST BREEZE LIQUID INNER, PEACH	3	MO; ADD
BOOST BREEZE LIQUID INNER, WILD BERRY	3	MO; ADD
BOOST BREEZE LIQUID VARIETY	3	MO; ADD
CHLOROCAPS CAPSULE	3	ADD
CHOLESTEROL POWDER	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CITRACAL-D3 MAXIMUM PLUS CAPLT	3	MO; ADD
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	2	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	2	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	2	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	2	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	2	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	2	B/D PA
CO Q-10 100 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CO-ENZYME Q10 100 MG SOFTGEL	3	ADD
COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK (RX)	3	MO; ADD
COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK KIDS (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK LEMON-LIME FLAV (RX)	3	MO; ADD
COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK ORANGE-CHOCOLATE (RX)	3	MO; ADD
CVS ACIDOPHILUS TABLET	3	ADD
CVS ACIDOPHILUS TABLET PROBIOTIC FORMULA	3	ADD
CVS AIRSHIELD EFFERVESCENT TAB	3	ADD
CVS CHILD OMEGA-3 GUMMY FISH	3	ADD
CVS COENZYME Q-10 100 MG SFTGL (RX)	3	ADD
CVS FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
CVS FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL SOFTGEL, NATURAL (RX)	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F,LACTOSE-FREE (RX)	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL SOFTGEL, NATURAL (RX)	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL SOFTGEL, ODORLESS (RX)	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 500 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CYTO-Q 80 MG/10 ML LIQUID (RX)	3	ADD
CYTO-Q MAX 100 MG/ML LIQUID	3	MO; ADD
CYTO-Q T-F 8 MG/ML LIQUID	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	1	
ENSURE CLEAR LIQUID	3	MO; ADD
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC LIQ APPLE, INNER	3	MO; ADD
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC LIQ MIXED BERRY, INNER	3	MO; ADD
EQL DIGESTIVE PROBIOTIC CAP (RX)	3	ADD
EQL FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>eql omega-3 fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL CHOLESTEROL-FREE (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL INNER	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL N, YEAST FREE (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL NO BURP,SFTGL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL OUTER	3	ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL P/F (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL P/F,NO LACTOSE (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL P/F,SODIUM/F (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL REFLUX-FREE, EC (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL P/F,N (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL ENTERIC COATED (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL OMEGA-3 (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL OMEGA-3, P/F (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F,LACTOSE-FREE (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F,NO LACTOSE (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F,NO LACTOSE (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL SOFT GEL,ODORLESS,E C (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,400 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL 1,400 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
FISH OIL 1,600 MG/5 ML LIQUID	3	MO; ADD
FISH OIL 500 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL 500 MG SOFTGEL INNER	3	ADD
FISH OIL 500 MG SOFTGEL OUTER	3	ADD
FISH OIL 500 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL CONC 1,000 MG GLUTEN-FREE, SOFTGEL (RX)	3	ADD
FISH OIL CONC 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
FISH OIL CONC 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL CONC 1,000 MG SOFTGEL SOFTGEL, ECONOMY SZ. (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FISH OIL CONCENTRATE SOFTGEL EC SOFTGEL,P/F (RX)	3	ADD
FISH OIL CONCENTRATE SOFTGEL SOFTGEL, EX-STRENGTH (RX)	3	ADD
FISH OIL DR 1,000 MG SOFTGEL GLUTEN FREE	3	MO; ADD
FISH OIL DR 1,000 MG SOFTGEL P/F, BURP-LESS	3	MO; ADD
FISH OIL DR 500 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
FISH OIL EC 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL EC 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL EC 1,000 MG SOFTGEL INNER	3	ADD
FISH OIL EC 1,000 MG SOFTGEL OUTER	3	ADD
FISH OIL EC 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGEL BURP-LESS, OMEGA-3	3	ADD
FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
FISH OIL GUMMIES	3	ADD
FISH OIL OMEGA-3 SOFTGEL	3	MO; ADD
FISH OIL PEARLS SOFTGEL	3	ADD
FLORAJEN ACIDOPHILUS 20 B CELL	3	MO; ADD
FLORANEX GRANULES PACKET LACTOBACILLUS, INNER	3	MO; ADD
FLORANEX GRANULES PACKET LACTOBACILLUS, OUTER	3	MO; ADD
FLORANEX TABLET (RX)	3	MO; ADD
GNP FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL OMEGA-3 (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GNP FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL MAXIMUM STRENGTH (RX)	3	ADD
GNP FISH OIL EC 1,000 MG SFTGL SOFTGEL	3	ADD
GNP FISH OIL SOFTGEL	3	ADD
HM ACIDOPHILUS TABLET GLUTEN-FREE	3	ADD
HM FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
HM FISH OIL EC 1,000 MG SFTGL SOFTGEL, GLUTEN-FREE	3	ADD
IMMUNE SUPPORT CHEWABLE TABLET	3	ADD
INTESTINEX CAPSULE	3	ADD
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	1	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	2	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	2	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ISOLYTE-S	2	
LACTOBACILLUS 1 MILLION CFU TB	3	MO; ADD
LACTOBACILLUS 100 MIL CFU PKT INNER	3	ADD
LACTOBACILLUS 100 MIL CFU PKT OUTER	3	ADD
LACTOBACILLUS TABLET	3	MO; ADD
L-ARGININE 1,000 MG TABLET	3	MO; ADD
L-ARGININE 1,000 MG TABLET MAXIMUM STRENGTH	3	MO; ADD
L-ARGININE 1,000 MG TABLET P/F	3	MO; ADD
L-ARGININE 500 MG CAPSULE D/F,N (RX)	3	ADD
L-ARGININE 500 MG CAPSULE P/F (RX)	3	ADD
L-ARGININE POWDER	3	ADD
L-ARGININE POWDER USP (RX)	3	ADD
L-CITRULLINE POWDER	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
L-CITRULLINE POWDER (RX)	3	ADD
LIQ-10 SYRUP	3	ADD
L-ISOLEUCINE CRYSTAL (RX)	3	ADD
L-ISOLEUCINE POWDER USP (RX)	3	ADD
L-VALINE POWDER	3	ADD
LYSINE HCL POWDER (RX)	3	ADD
MEGARED KIDS GUMMY	3	ADD
MORE-DOPHILUS POWDER	3	ADD
OMEGA 3 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
OMEGA 3 FISH OIL SOFTGEL	3	ADD
OMEGA ESSENTIALS BASIC LIQUID	3	ADD
OMEGA-3 1,050 MG SOFTGEL	3	ADD
OMEGA-3 2100 SOFTGEL	3	ADD
OMEGA-3 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,000 MG SFGL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl (rx)</i>	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl p/f,y/f,sod/f (rx)</i>	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel,p/f (rx)</i>	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,000 MG SFGL SOFTGEL,P/F (RX)	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel,p/f,n (rx)</i>	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,200 MG SFGL	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,200 MG SFGL	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,400 MG SFGL	3	MO; ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,400 MG SFGL P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OMEGA-3 FISH OIL 1,400 MG SFGL SOFTGEL	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,760 MG STGL	3	MO; ADD
<i>omega-3 fish oil ec 1,000 mg softgel,gluten-f</i>	3	ADD
OMEGAPURE 780 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGAPURE 900 EC SOFTGEL	3	ADD
OVEGA-3 SOFTGEL	3	ADD
PLASMA-LYTE 148	2	
PLASMA-LYTE A	2	
<i>plasmanate</i>	1	
PLENAMINE	2	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	1	B/D PA
PROBIOTIC ACIDOPHILUS 250 MILL	3	MO; ADD
PROBIOTIC GOLD ACIDOPHILUS CAP	3	ADD
PROBIOTIC SOFTGEL P/F, GLUTEN-F, SOFTGEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PURE L-ARGININE HCL 500 MG CAP	3	ADD
PURE L-CITRULLINE 600 MG CAP (RX)	3	ADD
Q-GEL 15 MG SOFTSULE	3	ADD
Q-GEL FORTE SOFTSULE	3	ADD
Q-GEL MEGA 100 MG SOFTGEL	3	ADD
Q-GEL ULTRA SOFTSULE	3	ADD
RA FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
RA FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL SOFTGEL,P/F (RX)	3	ADD
RA FISH OIL 120-180 SOFTGEL SOFTGEL,NATURAL,P/F (RX)	3	ADD
RA FISH OIL 600 MG SOFTGEL	3	ADD
RA L-ARGININE 1,000 MG TABLET P/F	3	MO; ADD
SM FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL SOFTGEL, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
SM FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
SM FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL SOFTGEL,P/F,NO LAC (RX)	3	MO; ADD
SMART HEART OMEGA-3 1,000 MG	3	ADD
SUPER DHA GEMS SOFTGEL	3	ADD
SV ACIDOPHILUS CAPLET	3	ADD
SV ACIDOPHILUS TABLET CAPLET, P/F	3	ADD
SV FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
SV FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGL SOFTGEL, GLUTEN-FREE	3	ADD
SV L-ARGININE 500 MG CAPSULE P/F (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SV PROBIOTIC ACIDOPHILUS CPLT	3	ADD
SV SALMON OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
THEROMEGA SOFTGEL	3	ADD
THEROMEGA SPORT SOFTGEL	3	ADD
<i>travasol 10 %</i>	1	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	2	B/D PA
ULTRA OMEGA-3 SOFTGEL	3	ADD
VITAMINS / HEMATINICS		
50 PLUS ADULT EYE HEALTH SFTGL	3	ADD
A THRU Z ADVANCED FORMULA TAB	3	ADD
A THRU Z ADVANCED FORMULA TAB GLUTEN-FREE	3	ADD
A THRU Z ADVANCED FORMULA TAB NEW (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
A THRU Z ADVANCED FORMULA TAB W/ LUTEIN & LYCOPENE (RX)	3	ADD
A THRU Z ADVANCED FORMULA TAB W/LUTEIN & LYCOPENE (RX)	3	ADD
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	3	ADD
A THRU Z SELECT 50 PLUS TABLET ADVANCED FORMULA	3	ADD
A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	3	ADD
A THRU Z SELECT MULTIVIT TAB	3	ADD
A THRU Z SELECT MULTIVIT TAB IRON-FREE, 50+ FORM	3	ADD
A THRU Z SELECT TABLET ADULTS 50+, GLUTEN-F	3	ADD
A THRU Z SELECT TABLET ADULTS 50+,IRON-FREE	3	ADD
A THRU Z SELECT TABLET NEW FORMULATION (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
A THRU Z SELECT WOMEN'S TABLET	3	ADD
A-25 7,500 MCG CAPSULE	3	ADD
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN CPLT	3	ADD
ABC PLUS TABLET	3	ADD
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	3	MO; ADD
ACTICAL SOFTGEL	3	MO; ADD
ACTIVE FE TABLET LACTOSE, GLUTEN &	3	ADD
ADULT MULTI GUMMIES	3	MO; ADD
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	3	MO; ADD
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ASSORTED FLAVORS	3	MO; ADD
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F, LACTOSE-F	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F. N	3	MO; ADD
ADULT ONE DAILY GUMMIES	3	ADD
ADULTS 50 PLUS DAILY FORMULA	3	ADD
ADULTS 50 PLUS MULTIVITAMIN	3	ADD
ADULTS 50 PLUS MULTIVITAMIN TB	3	ADD
ADULTS' DAILY FORMULA TABLET	3	ADD
ADULTS MULTIVITAMIN CAPLET	3	ADD
ADULTS MULTIVITAMIN TABLET	3	ADD
ADVANCED MULTI EA CHEW TABLET	3	MO; ADD
AIRBORNE CHEWABLE TABLET	3	ADD
AIRBORNE EFFERVESCENT PWD PACK	3	ADD
AIRBORNE ELDERBERRY GUMMY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AIRBORNE ELDERBERRY TABLET EFF	3	ADD
AIRBORNE GUMMIES	3	ADD
AIRBORNE GUMMY	3	ADD
AIRBORNE KIDS CHEW TABLET	3	ADD
AIRBORNE KIDS GUMMIES	3	ADD
AIRBORNE KIDS GUMMY	3	ADD
AIRBORNE NATURAL ENERGY LIQUID	3	ADD
AIRBORNE PLUS GOOD REST GUMMY	3	ADD
AIRBORNE PLUS PROBIOTIC GUMMY	3	ADD
AIRBORNE TABLET CHEWABLE P/F, GLUTEN/F, BERRY	3	ADD
AIRBORNE TABLET CHEWABLE P/F, GLUTEN/F, CITRUS	3	ADD
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS TABLET	3	MO; ADD
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA TB	3	ADD
ALIVE WOMEN'S ENERGY MV TABLET	3	ADD
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN	3	ADD
AMLADEX TABLET	3	ADD
ANIMAL CHEWS TABLET	3	ADD
ANTIOXIDANT FORMULA TABLET	3	MO; ADD
ANTIOXIDANT SOFTGEL P/F,SOFTGELS	3	ADD
APATATE FORTE LIQUID	3	ADD
APETIGEN-PLUS TABLET	3	ADD
AQUA-E CONCENTRATE 75 UNIT/ML	3	ADD
ASCOR 25,000 MG/50 ML BULK VL P/F, OUTER, MUV	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ascorbic acid 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
AZO HORMONAL HEALTH CYCLE CARE	3	ADD
AZO HORMONAL HLTH HAPPY CYCLE	3	ADD
B COMPLEX WITH VITAMIN C CAP P/F (RX)	3	MO; ADD
B COMPLEX WITH VITAMIN C TAB	3	ADD
BABY D3 400 UNIT/DROP CONC	3	ADD
BABY DDROPS 400 UNIT/DROP CONC	3	MO; ADD
BABY VIT D3 400 UNIT/DROP CONC	3	ADD
BABY VIT D3 400 UNIT/DROP CONC	3	ADD
BACMIN CAPLET	3	MO; ADD
BARIATRIC MV-IRON 45 MG CAP	3	ADD
B-COMPLEX 100 INJECTION	3	ADD
B-COMPLEX PLUS VITAMIN C CPLT (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
B-COMPLEX PLUS VITAMIN C CPLT CAPLET (RX)	3	ADD
B-COMPLEX WITH C TABLET (RX)	3	ADD
B-COMPLEX WITH VIT C CAPLET (RX)	3	MO; ADD
B-COMPLEX WITH VIT C CAPLET P/F, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
B-COMPLEX WITH VIT C TABLET (RX)	3	MO; ADD
B-COMPLEX W- VITAMIN C CAPLET CAPLET, P/F (RX)	3	ADD
B-COMPLEX- VITAMIN C TR TABLET	3	MO; ADD
BEROCCA EFFERVESCENT TABLET MIXED BERRY (RX)	3	ADD
BEROCCA EFFERVESCENT TABLET ORANGE (RX)	3	ADD
<i>beta carotene 7,500 mcg sfgl (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>beta-carotene 25,000 unit cap (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>beta-carotene 25,000 unit sfgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
BIO-35 SOFTGEL	3	ADD
BIOCAL SOFTGEL	3	ADD
BIO-D-MULSION FORTE 2,000 UNIT (RX)	3	ADD
BIO-D-MULSN 400 UNIT/DROP CONC (RX)	3	ADD
BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>biotin 2,500 mcg p/f, softgel</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg capsule mx-str (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg capsule p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg softgel p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg softgel softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
BIOTIN POWDER USP (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BIOTIN POWDER USP (VITAMIN H) (RX)	3	ADD
BIOTIN-D POWDER (RX)	3	ADD
BIOTIN-D POWDER USP (RX)	3	ADD
BIOTIN-D POWDER USP (VITAMIN H) (RX)	3	ADD
BIOTIN-D POWDER USP, (VITAMIN H) (RX)	3	ADD
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS CAP	3	ADD
BP VIT 3 CAPSULE	3	MO; ADD
C-1,000 MG TABLET (RX)	3	ADD
C-1,000 MG WITH ROSE HIPS CPLT CAPLET	3	MO; ADD
C-1,000 MG WITH ROSE HIPS TAB P/F	3	MO; ADD
C-500 MG TABLET (RX)	3	ADD
C-500 MG TABLET ROSE HIPS (RX)	3	ADD
CALCIDOL DROPS	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM + VITAMIN D3 GUMMIES	3	ADD
<i>calcium 600+d plus minerals tb p/f, n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-d3 plus caplet</i>	3	ADD
CALCIUM 600-D3-MINERALS CHW TB (RX)	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3-min chew tb</i>	3	ADD
CALCIUM PHOS-VIT D3 250 MG-500 UNIT GUMMY	3	ADD
CALTRATE 600+D PLUS TABLET	3	ADD
CALTRATE 600-D3-MIN CHEW TAB (RX)	3	ADD
CALTRATE+D3 PLUS MINERAL MINIS	3	ADD
CENTRAM-CARE MULTIVIT-MIN LIQ	3	ADD
CENTRATEX CAPSULE	3	MO; ADD
CENTRAVITES 50 PLUS TABLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CENTRAVITES 50 PLUS TABLET INNER	3	ADD
CENTRAVITES 50 PLUS TABLET OUTER	3	ADD
CENTRAVITES ADULTS TABLET INNER	3	ADD
CENTRAVITES ADULTS TABLET OUTER	3	ADD
CENTRAVITES TABLET	3	ADD
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	3	MO; ADD
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	3	ADD
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	3	MO; ADD
CENTRUM COMPLETE MULTIVIT TAB (RX)	3	ADD
CENTRUM KIDS CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
CENTRUM MEN'S TABLET	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CENTRUM MULTIVIT-MINERAL LIQ (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET	3	ADD
CENTRUM SILVER MEN TABLET	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET ADULTS 50 + (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET ADULTS 50+ (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET FOR ADULT 50+ (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S TAB A TO ZINC	3	ADD
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S TAB FOR MEN 50+	3	ADD
CENTRUM SILVER WOMEN TABLET	3	MO; ADD
CENTRUM SPECIALIST HEART TAB (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CENTRUM ULTRA MEN'S TABLET (RX)	3	ADD
CENTRUM WOMEN TABLET	3	ADD
CEROVITE JR TABLET CHEW	3	MO; ADD
CEROVITE SENIOR TABLET	3	MO; ADD
CERTA PLUS TABLET	3	ADD
CERTAVITE SENIOR TABLET	3	MO; ADD
CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET (RX)	3	MO; ADD
CHILD FERROUS SULFATE 15 MG/ML (RX)	3	MO; ADD
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	3	ADD
CHILDREN MULTIVITAMIN CHEW TAB	3	MO; ADD
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	3	ADD
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES BERRY, GLUTEN-FREE	3	MO; ADD
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-FREE	3	MO; ADD
CHILDREN'S CHEW MULTIVITAMIN	3	ADD
CHILDRENS CHEW VITAMIN TAB (RX)	3	ADD
CHILDREN'S CHEWABLE VITAMIN (RX)	3	ADD
CHILDREN'S CHEWABLES	3	ADD
CHILDREN'S CHEWABLES	3	ADD
CHILDREN'S CHEWABLES	3	ADD
CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	3	ADD
CHILD'S CHEW MULTIVIT W/IRON	3	ADD
CHILD'S CHEW VITAMIN-IRON TAB	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CHILD'S CHEWABLE MULTIVIT TAB	3	ADD
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB INNER (RX)	3	ADD
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB OUTER (RX)	3	ADD
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM	3	ADD
CHROMAGEN SOFTGEL	3	MO; ADD
CITRACAL-D3 250 MG GUMMY	3	ADD
COMPANION TABLET	3	ADD
COMPLETE MULTIVIT-MINERAL LIQ	3	ADD
CONCEPTIONXR MOTILITY COMBO PK	3	ADD
CORVITA 150 TABLET	3	MO; ADD
CORVITA TABLET	3	MO; ADD
CORVITE 150 TABLET	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CORVITE FE TABLET	3	MO; ADD
CULTURELLE KID PROB-MV 5B CHEW	3	ADD
CULTURELLE KID PRO-MV 2.5B CHW	3	ADD
CULTURELLE PROBIOTIC-MV GUMMY	3	ADD
CVS ADULT 50 PLUS EYE HEALTH SOFTGEL	3	ADD
CVS AIRSHIELD CHEWABLE TABLET	3	ADD
CVS B-COMPLEX-VIT C CAPLET (RX)	3	ADD
CVS BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL SFTGL, P/F, GLU-F	3	MO; ADD
<i>cvs biotin 5,000 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs calcium 600-d3 plus tablet</i>	3	ADD
CVS CALCIUM 600-D3-MIN CHEW TB (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS CHILD CHEW VITAMN COMPLETE	3	ADD
CVS CHILD GUMMY DINOS GUMMIES	3	ADD
CVS DAILY GUMMIES COMPLETE ADULT VIT	3	ADD
CVS DAILY GUMMIES P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
CVS DAILY MULTIPLE TABLET	3	ADD
CVS EYE HEALTH AND LUTEIN TAB	3	ADD
<i>cvs folic acid 800 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs iron 27 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs iron 65 mg tablet p/f,lactose/free (rx)</i>	3	ADD
CVS KIDS' MULTIVITAMIN GUMMY	3	ADD
CVS MENS 50 PLUS ADVANCED TAB	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS MEN'S DAILY GUMMIES P/F	3	ADD
CVS MEN'S DAILY GUMMIES P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
CVS ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	3	ADD
CVS ONE DAILY MEN'S HEALTH TAB	3	ADD
CVS ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS	3	ADD
CVS ONE DAILY WOMEN'S FORMULA	3	ADD
CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB (RX)	3	ADD
CVS SLOW RELEASE IRON TABLET (OTC)	3	ADD
CVS SLOW RELEASE IRON TABLET (RX)	3	ADD
CVS SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS (RX)	3	ADD
CVS SPECTRAVITE ADULT TAB CHEW	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS SPECTRAVITE ADVANCED TAB	3	ADD
CVS SPECTRAVITE MEN'S TABLET	3	ADD
CVS SPECTRAVITE WOMEN TABLET	3	ADD
CVS STRESS FORMULA-ZINC TAB (OTC)	3	MO; ADD
CVS SUPER B-COMPLEX-VIT C CPLT (RX)	3	MO; ADD
CVS VISION HEALTH SOFTGEL	3	ADD
<i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VIT D3 1,000 UNIT GUMMIES (RX)	3	ADD
<i>cvs vit d3 1,000 unit gummies p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vit d3 1,000 unit soft chw chocolate, p/f</i>	3	MO; ADD
CVS VIT E OIL 45 MG/0.25 ML	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin c 1,000 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VITAMIN C 1,000 MG FIZZY PKT	3	ADD
<i>cvs vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin c 500 mg caplet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 1,000 unit sftgl softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 10 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 125 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin d3 2,000 unit sftgl softgel</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg gummies (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 250 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs vitamin d3 400 unit sftgl (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 5,000 unit sftgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin d3 50 mcg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin e 200 unit softgel</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin e 268 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	3	MO; ADD
CVS WOMEN'S DAILY GUMMIES P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
CVS WOMEN'S DAILY GUMMIES P/F,GUMMIES	3	ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner,suv</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl mdv,inner</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl muv, inner</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl muv, outer</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer,mdv</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer,suv</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml inner,mdv</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml inner,muv</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv, inner</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv, outer</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv,inner</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv, outer</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml outer, mov</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml outer, mdv</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml outer, mov</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml inner, mdv</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml inner, mov</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mdv, inner</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mdv, outer</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mov</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mov, outer</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer, mdv</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer, mov</i>	3	MO; ADD
CYANOCOBALAMIN POWDER USP (RX)	3	ADD
CYANOCOBALAMIN POWDER USP, VITAMIN B-12 (RX)	3	ADD
CYANOCOBALAMIN POWDER USP, VITAMIN B-12 (RX)	3	ADD
D3-2000 UNIT SOFTGEL	3	ADD
D3-50 50,000 UNIT CAPSULE D/F, GLUTEN FREE (RX)	3	MO; ADD
D3-50 50,000 UNIT CAPSULE D/F, P/F (RX)	3	MO; ADD
DAILY MULTIVITAMIN CAPSULE	3	ADD
DAILY MULTIVITAMIN WITH D3 TAB	3	ADD
DAILY MULTIVITAMIN-IRON TABLET (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DAILY VALUE MULTIVITAMIN TAB	3	ADD
DAILY VITAMIN + IRON TABLET (RX)	3	ADD
DAILY VITAMIN FORMULA TABLET	3	ADD
DAILY VITAMIN FORMULA TABLET	3	ADD
DAILY VITAMIN FORMULA-IRON TAB	3	ADD
DAILY VITE TABLET (RX)	3	ADD
DAILY VITE WITH IRON TABLET	3	ADD
DAILY-VITE TABLET	3	MO; ADD
DAILY-VITES WITH IRON TABLET	3	ADD
D-BIOTIN POWDER USP (RX)	3	ADD
DDROPS 1,000 UNIT/DROP	3	ADD
DDROPS 2,000 UNIT/DROP	3	ADD
DECARA 25,000 UNIT VEGICAP	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DECARA 50,000 UNIT SOFTGEL	3	MO; ADD
DECARA K 1,250-200 MCG SOFTGEL	3	MO; ADD
DECUBI VITE CAPSULE	3	ADD
DEKAS BARIATRIC CHEW TABLET	3	ADD
DEKAS ESSENTIAL CAPSULE	3	MO; ADD
DEKAS ESSENTIAL LIQUID	3	ADD
DEKAS PLUS CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
DEKAS PLUS LIQUID	3	MO; ADD
DEKAS PLUS SOFTGEL	3	MO; ADD
DELTA D3 400 UNIT TABLET Y/F, GLUTEN/F	3	ADD
DERMACINRX FOLDITAM TABLET	3	ADD
DERMACINRX FOLIFLEX CAPLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DERMACINRX FOLITIN-Z CAPLET	3	ADD
DERMACINRX FOLIXAPURE TABLET	3	ADD
DERMACINRX FOLTREXYL TABLET	3	ADD
DERMACINRX RIBOTIN-E CAPLET	3	ADD
DERMACINRX ZINTREXYL-C CAPLET	3	ADD
DIABETES HEALTH FORMULA CAPLET	3	ADD
DIABETES HEALTH PACK	3	MO; ADD
DIALYVITE 3,000 TABLET	3	MO; ADD
DIALYVITE 5000 TABLET	3	MO; ADD
DIALYVITE 800 CHEWABLE WAFER	3	ADD
DIALYVITE 800 TABLET	3	MO; ADD
DIALYVITE 800-ULTRA D TABLET	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DIALYVITE SUPREME D TABLET	3	MO; ADD
DIALYVITE TABLET	3	MO; ADD
DIALYVITE VIT D3 50,000 UNIT	3	MO; ADD
DIALYVITE VITAMIN D 5,000 UNIT	3	ADD
DIALYVITE WITH ZINC TABLET	3	MO; ADD
DRISDOL 1.25 MG (50,000 UNIT)	3	ADD
DRY EYE FORMULA CAPSULE	3	ADD
D-VI-SOL 400 UNIT/ML LIQUID (RX)	3	MO; ADD
E-200 UNIT SOFTGEL	3	ADD
E-400 C-500 & BETA CARO TAB	3	ADD
ELDERTONIC LIQUID	3	ADD
EMERGEN-C 1,000 MG PACKET	3	ADD
EMERGEN-C 1,000 MG PACKET RASPBERRY FLAVOR	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EMERGEN-C 1,000 MG PACKET TANGERINE FLAVOR	3	ADD
EMERGEN-C 1,000 MG VARIETY PK	3	ADD
EMERGEN-C 500 MG CHEWABLE TAB	3	ADD
EMERGEN-C BLUE 1,000 MG PACKET	3	ADD
EMERGEN-C IMMUNE PLUS PACKET BLUEBERRY-ACAI FLVOR	3	ADD
EMERGEN-C IMMUNE PLUS PACKET CITRUS FLAVOR	3	ADD
EMERGEN-C KIDZ 250 MG PACKET FRUIT PUNCH	3	ADD
EMERGEN-C KIDZ 250 MG PACKET GRAPE	3	ADD
EMERGEN-C KIDZ 250 MG PACKET ORANGE	3	ADD
EMERGEN-C MSM LITE PACKET	3	ADD
ENDUR-VM IRON-FREE SR TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ENDUR-VM WITH IRON SR TABLET	3	ADD
<i>eq calcium 600-d3-minerals tab gluten-free (rx)</i>	3	ADD
EQ CHILD COMPLETE CHEW TABLET	3	ADD
EQ CHILD MULTIVITAMIN GUMMIES P/F	3	MO; ADD
EQ COMPLETE MULTIVITAMIN TAB GLUTEN-FREE	3	ADD
EQ COMPLETE MV ADLT 50 PLUS TB	3	ADD
EQ ONE DAILY MEN'S 50 PLUS TAB	3	ADD
EQ ONE DAILY MEN'S TABLET GLUTEN FREE	3	ADD
EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB	3	ADD
EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET GLUTEN FREE	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EQ SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
EQ VISION FORMULA TABLET P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
EQL EYE HEALTH PLUS LUTEIN TAB	3	ADD
EQL ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS	3	ADD
EQL SLOW RELEASE IRON 50 MG TB	3	ADD
EQL STRESS B-COMPLEX TABLET	3	ADD
EQL SUPER B COMPLEX TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>eql vit c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eql vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eql vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>eql vitamin c 1,000 mg tablet p/f, lactose free (rx)</i>	3	ADD
<i>eql vitamin d3 1,000 unit sfgl softgel (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl softgel</i>	3	MO; ADD
<i>eql vitamin d3 400 unit sfgl (rx)</i>	3	ADD
<i>eql vitamin d3 5,000 unit sfgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eql vitamin e 1,000 unit sfgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eql vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ergocalciferol 200 mcg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ergocalciferol 8,000 unit/ml (rx)</i>	3	MO; ADD
ESSENTIA TABLET	3	ADD
ESSENTIAL MAN 50+ TABLET	3	MO; ADD
ESSENTIAL MAN TABLET	3	ADD
ESSENTIAL WOMAN 50+ TABLET	3	MO; ADD
ESTROVEN MENOPAUSE CAPLET	3	ADD
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	3	ADD
EYEPROTECT TABLET	3	ADD
EZFE 200 CAPSULE	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FA-8 CAPSULES	3	ADD
FABB TABLET	3	MO; ADD
FEOSOL 45 MG CAPLET CPLT,NATURAL RELEASE (RX)	3	ADD
FEOSOL 65 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL SDV, P/F	3	MO; ADD
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL SDV, P/F, 10'S	3	MO; ADD
FERATE 27 MG TABLET	3	MO; ADD
FERGON 27 MG TABLET	3	ADD
FERGON 27 MG TABLET (RX)	3	ADD
FERGON TABLET	3	ADD
FER-IN-SOL 15 MG/ML DROPS	3	MO; ADD
FERIVA 21-7 TABLET	3	MO; ADD
FERIVA FA CAPSULE	3	MO; ADD
FEROSUL 325 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
FEROSUL 325 MG TABLET F/C (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FEROSUL 325 MG TABLET F/C,BLISTER PACK (RX)	3	MO; ADD
FERREX 150 CAPSULE	3	MO; ADD
FERREX 150 CAPSULE OUTER, U-D	3	MO; ADD
FERREX 150 CAPSULE U-D, 10X10	3	MO; ADD
FERREX 150 FORTE CAPSULE	3	MO; ADD
FERRIC X-150 CAPSULE	3	ADD
FERRO-TIME 325 MG TABLET F/C, GREEN	3	ADD
FERRO-TIME 325 MG TABLET F/C, RED	3	ADD
<i>ferrous gluconate</i> <i>240 mg tab (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate</i> <i>240 mg tab</i> <i>240mg=27mg elemental (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate</i> <i>324 mg tab (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate</i> <i>324 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ferrous sulf 15 mg (iron)/ml oral syringe (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulf 15 mg iron/ml drp (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml elix (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml elix (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf 220 mg/5 ml liq (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulf 44 mg iron/5 ml lq (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulf ec 324 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf ec 325 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf ec 325 mg tablet u-d, inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf ec 325 mg tablet u-d, outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup 100's, u-d</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet f/c (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet f/c, green (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet f/c, red (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet u-d, 10x10, f/c (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet u-d, 10x10, film coat (rx)</i>	3	ADD
FERROUS SULFATE DRIED POWDER USP (RX)	3	ADD
FISH OIL 1,200 MG	3	ADD
FLINTSTONES + CALCIUM TAB	3	ADD
FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES	3	MO; ADD
FLINTSTONES COMPLETE TABLET	3	MO; ADD
FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES	3	ADD
FLINTSTONES EXTRA C TAB CHEW (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES	3	ADD
FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES TAB CHEW	3	ADD
FLINTSTONES TABLET CHEWABLE	3	ADD
FLINTSTONES WITH IRON TAB CHEW	3	ADD
FLORIVA 0.25 MG CHEW TABLET	3	MO; ADD
FLORIVA 0.5 MG CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
FLORIVA 1 MG CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
FLORIVA PLUS 0.25 MG/ML DROP	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	1	
<i>folic acid 0.4 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 0.8 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet 10x10, u-d, inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet 10x10, u-d, outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1,000 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1,000 mcg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
FOLIC ACID 20 MG CAPSULE	3	ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>folic acid 400 mcg tablet p/f, lactose free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 5 mg/ml vial mdv</i>	3	MO; ADD
FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE	3	ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet maximum strength (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 800 mcg tablet pure,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
FOLIC ACID POWDER (RX)	3	ADD
FOLITE TABLET	3	ADD
FOLIVANE-F CAPSULE	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FOLTRATE TABLET (RX)	3	MO; ADD
FREEDAVITE TABLET	3	ADD
FULL SPECTRUM B WITH VIT C TAB	3	MO; ADD
FUSION PLUS CAPSULE	3	MO; ADD
GENADEK LIQUID DROPS	3	ADD
GENADEK STEP 1 MULTIVIT SFGL	3	ADD
GENADEK STEP 2 MULTIVIT SFGL	3	ADD
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB	3	ADD
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp calcium 600-d3-min chew tb p/f,gluten/f,yeast/f (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp calcium 600-d3-minerals tb p/f,gluten-f (rx)</i>	3	ADD
GNP CENTURY MATURE TABLET GLUTEN-FREE (RX)	3	ADD
GNP CENTURY TABLET GLUTEN-FREE	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GNP CHILDREN'S CHEWABLES	3	ADD
GNP CHILDREN'S CHEWABLES	3	ADD
GNP CHILDREN'S CHEWABLES	3	ADD
GNP DIABETIC SUPPORT FORM TAB	3	ADD
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
GNP HAIR, SKIN AND NAILS TAB VITAMINS & MINERALS	3	ADD
GNP HEALTHY EYES SUPERVISION	3	ADD
GNP HEALTHY EYES TABLET ADVANCED ANTIOXIDANT (RX)	3	ADD
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
GNP MEGA MULTI FOR MEN TABLET HIGH POTENCY (RX)	3	ADD
GNP MEGA MULTI FOR WOMEN TAB	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GNP ONE DAILY TABLET	3	ADD
GNP ONE DAILY TABLET	3	ADD
GNP THERAPEUTIC-M CAPLET P/F, CAPLET	3	MO; ADD
<i>gnp vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vit d3 10 mcg(400 unit) chw (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin a 10,000 unit sfgl d/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin b-6 100 mg tablet gluten free (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet with rose hips (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin d3 1,000 unit tab extra strength (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab maximum strength (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg(1000 unt) (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab super strength (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>	3	MO; ADD
GUMMI BEAR MULTIVIT TAB CHEW MULTIVIT & MINERALS (RX)	3	ADD
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN & MINERAL SUPPLEMENT	3	ADD
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN GRAPE, ORANGE,CHERRY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	3	MO; ADD
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	3	MO; ADD
HARD NAILS 2.5 MG CAPSULE	3	ADD
HEALTHY EYES LUTEIN-ZEAXTHN CP	3	ADD
HEALTHY EYES SUPERVISION SFTGL	3	ADD
HEALTHY EYES SUPERVISION2 SFGL	3	ADD
HEALTHY EYES TABLET (RX)	3	ADD
HEALTHY EYES TABLET ADVANCED ANTIOXIDANT (RX)	3	ADD
HEMATEX 100 MG/5 ML LIQUID	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HEMATEX 150 MG TABLET	3	ADD
HEMATOGEN FA SOFTGEL	3	ADD
HEMATOGEN FORTE SOFTGEL	3	ADD
HEMOCYTE PLUS CAPSULE (RX)	3	ADD
HEMOCYTE-F TABLET (RX)	3	ADD
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	3	MO; ADD
<i>hm biotin 5,000 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>hm calcium 600-d3-minerals tab (rx)</i>	3	ADD
HM COMPLETE MULTI-VIT-MINERAL GLUTEN-FREE	3	ADD
<i>hm folic acid 400 mcg tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	3	ADD
<i>hm iron 65 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
HM MENS 50 PLUS ADV ONE DAILY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM MEN'S ONE DAILY TABLET GLUTEN-FREE	3	ADD
HM ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS	3	ADD
HM SLOW RELEASE IRON TABLET (RX)	3	ADD
HM SUPER VITAMIN B COMPLEX GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
<i>hm vit c-rose hip 1,000 mg tab gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>hm vit c-rose hips 500 mg cplt gluten-free, caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>hm vitamin b-6 100 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>hm vitamin d3 1,000 unit tab gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>hm vitamin d3 2,000 unit sftgl softgel, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>hm vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>hm vitamin e 200 unit softgel softgel, gluten-free</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hm vitamin e 400 unit softgel gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
HM WOMEN'S ONE DAILY TABLET GLUTEN-FREE	3	ADD
HONEY BEARS CHEWABLE TABLET	3	ADD
<i>hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml</i>	3	ADD
HYDROXOCOBAL AMIN POWDER USP (RX)	3	ADD
ICAPS AREDS SOFTGEL SOFTGEL (RX)	3	ADD
ICAPS AREDS2 CHEWABLE TABLET	3	ADD
ICAPS AREDS2 SOFTGEL	3	MO; ADD
ICAPS AREDS2 TABLET	3	MO; ADD
ICAPS MV TABLET (RX)	3	MO; ADD
I-CAPS WITH LUTEIN-OMEGA 3 SFG	3	MO; ADD
ICAR 15 MG/1.25 ML SUSPENSION	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
IFEREX 150 CAPSULE	3	MO; ADD
IFEREX 150 FORTE CAPSULE	3	MO; ADD
INFED 100 MG/2 ML VIAL INNER,SUV	3	MO; ADD
INFED 100 MG/2 ML VIAL OUTER,SUV	3	MO; ADD
INFUVITE ADULT BULK VIAL P/F, MDV, OUTER	3	MO; ADD
INFUVITE ADULT VIAL 2X5ML, SUV	3	MO; ADD
INFUVITE ADULT VIAL P/F, SDV, OUTER	3	MO; ADD
INFUVITE PEDIATRIC BULK VIAL P/F, MDV, OUTER	3	ADD
INFUVITE PEDIATRIC VIAL P/F, SDV, OUTER	3	ADD
INFUVITE PEDIATRIC VIAL SUV	3	ADD
INJECTAFER 750 MG/15 ML VIAL SUV	3	MO; ADD
INTEGRA F CAPSULE	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INTEGRA PLUS CAPSULE	3	MO; ADD
IRON 18 MG TABLET	3	ADD
<i>iron 27 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 28 mg tablet</i>	3	ADD
<i>iron 45 mg tablet</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
IRON CHEWS 15 MG TABLET CHEW	3	MO; ADD
IRONUP 15 MG/0.5 ML DROPS	3	MO; ADD
IROSPAN 24/6 TABLET	3	MO; ADD
IS-D-10,000 250 MCG SOFTGEL	3	ADD
I-VITE TABLET	3	MO; ADD
JUST 4 KIDZ MV-PROBIOTIC GUMMY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
KENWOOD THERAPEUTIC LIQUID	3	ADD
KIDS MULTIVIT-MINERALS GUMMIES	3	ADD
KIDS VITAMIN D3 TAB CHEW	3	ADD
K-PAX IMMUNE SUPPORT TABLET 30 PACKETS OF 4 TABS	3	ADD
K-PAX IMMUNE SUPPORT TABLET 60 PACKETS OF 4 TABS	3	ADD
LYSIPLEX PLUS LIQUID	3	MO; ADD
MACULAR BENEFITS COMBO PACK	3	ADD
MACULAR HEALTH FORMULA CAPSULE	3	ADD
MACUVITE EYE CARE TABLET	3	MO; ADD
MACUVITE WITH LUTEIN TABLET	3	ADD
MAXIMIN PACK	3	ADD
MAXIMUM D3 325 MCG(13,000 UNIT	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MEGA BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	3	ADD
MEGA MULTI FOR MEN TABLET HIGH POTENCY (RX)	3	ADD
MEGA MULTI FOR WOMEN TAB	3	ADD
MEGAVITE CAPLET	3	ADD
MEGAVITE GOLDEN YEARS CAPLET	3	ADD
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN TAB	3	ADD
MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA TB	3	ADD
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN TAB	3	ADD
MEN'S DAILY FORMULA CAPSULE	3	ADD
MEN'S DAILY FORMULA TABLET (RX)	3	ADD
MEN'S DAILY PACK	3	ADD
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MEN'S PACK	3	ADD
MERIBIN 5 MG CAPSULE	3	MO; ADD
<i>milltrium senior multivit tab</i>	3	ADD
MONOCAPS TABLET (OTC)	3	ADD
MONOCAPS TABLET (RX)	3	ADD
MONOFERRIC 1,000 MG/10 ML VIAL	3	MO; ADD
MULTI COMPLETE-IRON TABLET	3	MO; ADD
MULTI FOR HER 50 PLUS SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
MULTI FOR HER SOFTGEL (RX)	3	ADD
MULTI FOR HER TABLET	3	ADD
MULTI-DAY PLUS IRON TABLET	3	ADD
MULTI-DAY PLUS MINERALS TABLET	3	ADD
<i>multiple vitamin plain tab</i>	3	ADD
<i>multiple vitamin tablet</i>	3	ADD
<i>multiple vitamin with iron tab (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>multiple vitamin w-minerals tb</i>	3	MO; ADD
<i>multiple vitamins tablet</i>	3	ADD
<i>multiple vitamins tablet one daily</i>	3	ADD
<i>multiple vitamins tablet p/f,n,lactose fre</i>	3	ADD
<i>multivit with iron tab chew</i>	3	ADD
<i>multi-vitamin daily tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>multi-vitamin daily tablet 10x10 (rx)</i>	3	ADD
MULTI-VITAMIN GUMMIES	3	ADD
MULTIVITAMIN LIQUID	3	ADD
<i>multivitamin tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
MULTIVITAMIN WITH MINERALS TAB	3	MO; ADD
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS TAB	3	ADD
<i>multivitamin-mineral liquid</i>	3	ADD
<i>multivitamin-minerals tablet</i>	3	MO; ADD
<i>multivitamin-minerals tablet p/f</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>multivitamins tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS TAB	3	MO; ADD
MULTI-VITE LIQUID	3	ADD
MVW ADEK GUMMIES PLUS ZINC	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORM MULTIVI SFGL	3	ADD
MVW COMPLETE FORM MULTIVI SFGL	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORM MULTIVIT CHW	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D3000 CHEW	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D3000 SFGL	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D5000 CHEW	3	ADD
MVW COMPLETE FORMUL D5000 SFGL	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL PEDIA DRPS	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MYFERON 150 CAPSULE	3	ADD
MYVITALIFE SOFT-GEL CAPSULE	3	ADD
NANO VM 1-3 POWDER	3	MO; ADD
NANO VM 4-8 POWDER	3	MO; ADD
NANOVM 9-18 POWDER	3	ADD
NANOVM T-F POWDER	3	ADD
NASCOBAL 500 MCG NASAL SPRAY	3	MO; ADD
NEPHPLEX RX TABLET	3	MO; ADD
NEPHRON FA TABLET	3	MO; ADD
NEPHRONEX LIQUID	3	MO; ADD
NEPHRO-VITE TABLET (RX)	3	MO; ADD
NICOMIDE TABLET	3	MO; ADD
NIFEREX TABLET	3	ADD
NOVAFERRUM 125 MG/5 ML LIQUID	3	MO; ADD
NOVAFERRUM 15 MG/ML DROPS PEDIATRIC (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NOVAFERRUM 50 MG CAPSULE	3	MO; ADD
NOVAFERRUM PEDI MV-IRON DROPS	3	ADD
NOVAMV MULTIVITAMIN DROP	3	ADD
NUFERA TABLET	3	ADD
NU-IRON 150 CAPSULE	3	MO; ADD
OCULAR VITAMINS TABLET	3	ADD
OCUTABS TABLET (RX)	3	ADD
OCUVITE ADULT 50 PLUS SOFTGEL	3	MO; ADD
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES	3	ADD
OCUVITE EYE PLUS MULTI TABLET	3	ADD
OCUVITE LUTEIN-ZEAXANTHIN CAP	3	MO; ADD
OCUVITE WITH LUTEIN TABLET	3	MO; ADD
OMNICAP TABLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ONCOVITE TABLET	3	ADD
ONE DAILY COMPLETE TABLET	3	ADD
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	3	ADD
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET (RX)	3	ADD
ONE DAILY FOR MEN 50+ ADV TAB	3	ADD
ONE DAILY FOR MEN TABLET	3	MO; ADD
ONE DAILY FOR WOMEN 50+ ADV TB W/GINKGO,50+ADVANCED	3	MO; ADD
ONE DAILY FOR WOMEN TABLET	3	ADD
ONE DAILY HEALTHY WEIGHT TAB	3	ADD
ONE DAILY MAXIMUM TABLET (RX)	3	ADD
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3 TAB	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ONE DAILY MEN'S 50+ TABLET	3	ADD
ONE DAILY MEN'S HEALTH TABLET	3	MO; ADD
ONE DAILY MULTIVITAMIN TAB (RX)	3	ADD
ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET	3	ADD
ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON TB	3	ADD
ONE DAILY MULTIVIT-MINERAL TAB	3	MO; ADD
ONE DAILY PLUS IRON TABLET (RX)	3	ADD
ONE DAILY TABLET	3	ADD
ONE DAILY TABLET	3	ADD
ONE DAILY WITH IRON-CALCIUM TB	3	ADD
ONE DAILY WITH MINERALS TABLET (RX)	3	ADD
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB Y/F,P/F	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ONE DAILY WOMENS 50 PLUS TAB (RX)	3	ADD
ONE DAILY WOMEN'S 50+ TABLET	3	MO; ADD
ONE DAILY WOMEN'S HEALTH 50+	3	ADD
ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN	3	ADD
ONE-A-DAY ENERGY TABLET	3	ADD
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABLET (RX)	3	ADD
ONE-A-DAY KID'S GUMMIES	3	ADD
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES GUMMY	3	ADD
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA TB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS TABLET	3	MO; ADD
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS TABLET	3	ADD
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE TAB	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ONE-A-DAY MEN'S TABLET	3	ADD
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS TB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE TAB	3	ADD
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES (RX)	3	ADD
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES	3	MO; ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES GUMMIES	3	ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	3	ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	3	ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR GMMY	3	ADD
ONE-A-DAY WEIGHTSMART TABLET	3	ADD
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS TAB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN	3	ADD
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES TAB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	3	ADD
ONE-DAILY MULTI CAPS	3	MO; ADD
ONE-DAILY MULTI-VIT POWDER PKT	3	ADD
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN TAB (RX)	3	ADD
ONE-DAILY MULTI-VIT-IRON TAB	3	ADD
ONE-DAILY MULTIVIT-MINERAL PWD	3	ADD
OPTIFAST CHEWABLE TABLET	3	ADD
OPTIMAL D3 50,000 UNIT CAPSULE	3	ADD
OPTIMAL D3 M 14,000 UNIT CAP	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OPTIMAL D3M 350 MCG(14,000 UNIT	3	ADD
OPTISOURCE TABLET CHEWABLE	3	MO; ADD
OPURITY MULTIVITAMIN TAB CHEW	3	ADD
ORTHO-TABS	3	ADD
PARVLEX TABLET	3	ADD
PEDIA D-VITE 400 UNIT/ML LIQ	3	ADD
PEDIA IRON 15 MG/ML DROP	3	ADD
PEDIA POLY-VITE DROPS	3	ADD
PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP	3	ADD
PEDIA TRI-VITE DROP	3	ADD
PERFECT IRON 25 MG TABLET	3	ADD
PHARM CHC PED IRON 15 MG/ML DRP (RX)	3	MO; ADD
PHARM CHOICE D3 400 UNIT/ML (RX)	3	MO; ADD
PHARM CHOICE POLY-VIT-IRON DRP	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PHARMACIST CHOICE PED POLY-VIT	3	ADD
PHARMACIST CHOICE PED TRI-VIT	3	ADD
PHLEXY-VITS POWDER PACKET	3	MO; ADD
PHYTOMULTI TABLET	3	ADD
POLY-IRON 150 MG CAPSULE	3	MO; ADD
POLYSACCHARIDE IRON 150 MG CAP (RX)	3	MO; ADD
POLY-VI-SOL 0.5 ML ORAL SYRING	3	ADD
POLY-VI-SOL 250 MCG-50 MG/ML DRP	3	MO; ADD
POLY-VI-SOL WITH IRON DROPS	3	MO; ADD
POLY-VITA DROPS	3	ADD
POLY-VITA WITH IRON DROPS	3	ADD
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	1	
PRESERVISION AREDS 2 CHEW TAB	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PRESERVISION AREDS 2 SOFTGEL	3	MO; ADD
PRESERVISION AREDS SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
PRESERVISION AREDS TABLET	3	MO; ADD
PRESERVISION LUTEIN SOFTGEL	3	MO; ADD
PRESERVISION LUTEIN W/LUTEIN, SOFTGEL	3	MO; ADD
PREVENT SOFTGELS	3	ADD
PRO FE 180 MG CAPSULE	3	MO; ADD
PRO-CAL TABLET	3	ADD
PROCERV HP TABLET	3	ADD
PRORENAL MULTIVITAMIN TABLET	3	MO; ADD
PRORENAL QD SOFTGEL	3	MO; ADD
PROSIGHT TABLET	3	MO; ADD
PROTECT CARDIO AF SOFTGEL	3	MO; ADD
PROTECT IRON LIQUID	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PROTECT PLUS SO SOFTGEL	3	ADD
PROXEED PLUS POWDER PACKET	3	MO; ADD
<i>pub multivitamin 50 plus tab</i>	3	ADD
PUREVIT DUALFE PLUS CAPSULE	3	ADD
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial muv, outer</i>	3	MO; ADD
<i>pyridoxine 50 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
PYRIDOXINE 50 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>pyridoxine 50 mg tablet federal supply (rx)</i>	3	MO; ADD
PYRIDOXINE HCL CRYSTALS (RX)	3	ADD
PYRIDOXINE HCL POWDER (RX)	3	ADD
<i>qc calcium 600 mg-vit d tab (rx)</i>	3	ADD
<i>qc ferrous sulfate 325 mg tab (otc)</i>	3	ADD
QUFLORA FE 0.25 MG CHEW TABLET	3	ADD
QUIN B STRONG WITH C & ZINC TB	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QUINTABS TABLET	3	ADD
QUINTABS-M IRON FREE TABLET	3	ADD
QUINTABS-M TABLET (OTC)	3	ADD
QUINTABS-M TABLET (RX)	3	ADD
RA B-COMPLEX WITH VIT C TAB SA (RX)	3	ADD
<i>ra biotin 2,500 mcg capsule p/f, d/f</i>	3	MO; ADD
<i>ra calcium 600-minerals tab (rx)</i>	3	ADD
RA CENTRAL-VITE TABLET	3	ADD
RA CENTRAL-VITE WOMEN'S TABLET	3	ADD
RA ESSENCE C 1,000 MG PACKET ORANGE FLAVOR (RX)	3	ADD
RA ESSENCE C 1,000 MG PACKET RASPBERRY FLAVOR (RX)	3	ADD
RA ESSENCE C 1,000 MG PACKET TANGERINE FLAVOR (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ra folic acid 0.4 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra folic acid 800 mcg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
RA HIGH POTENCY IRON 27 MG TAB	3	ADD
<i>ra iron 65 mg tablet p/f, d/f (rx)</i>	3	ADD
RA MEN'S ONE DAILY TABLET P/F	3	ADD
RA ONE DAILY ENERGY TABLET	3	ADD
RA ONE DAILY ESSENTIAL TABLET (RX)	3	ADD
RA ONE DAILY MAXIMUM TABLET (RX)	3	ADD
RA ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3	3	ADD
RA ONE DAILY WOMEN'S TABLET	3	ADD
RA SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB (RX)	3	MO; ADD
<i>ra vit c-rose hips 500 mg tab natural,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl p/f,softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra vitamin b-6 100 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>ra vitamin b-6 50 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>ra vitamin c 1,000 mg tablet p/f,natural (rx)</i>	3	ADD
<i>ra vitamin c 1,000 mg tablet w/rose hips,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>ra vitamin c 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>ra vitamin c 500 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra vitamin c 500 mg tablet p/f,natural (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra vitamin d3 1,000 unit tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra vitamin d3 1,000 unit tab gluten/f, yeast/f (rx)</i>	3	ADD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sfgl (rx)</i>	3	ADD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sfgl softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl (rx)</i>	3	ADD
<i>ra vitamin d3 5,000 unit sftgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ra vitamin e 268 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
RENAL CAPS SOFTGEL	3	MO; ADD
RENAL VITAMIN TABLET	3	MO; ADD
RENAL-VITE TABLET	3	ADD
RENAPLEX TABLET	3	ADD
RENAPLEX-D TABLET	3	ADD
RENA-VITE RX TABLET (RX)	3	MO; ADD
RENA-VITE TABLET (RX)	3	MO; ADD
RENO CAPS SOFTGEL	3	MO; ADD
REPLESTA 50,000 UNITS WAFER	3	MO; ADD
REPLESTA NX 14,000 UNITS WAFER	3	MO; ADD
RISACAL-D TABLET	3	MO; ADD
SCOOBY-DOO ONE A DAY GUMMIES	3	ADD
SCOOBY-DOO ONE A DAY TABLET	3	ADD
SENIOR TABS	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SENTRY SENIOR MULTIVITAMIN TAB SODIUM/F,YEAST /F (RX)	3	MO; ADD
SENTRY SENIOR TABLET	3	ADD
SENTRY SENIOR TABLET INNER	3	ADD
SENTRY SENIOR TABLET OUTER	3	ADD
SENTRY TABLET	3	ADD
SE-TAN PLUS CAPSULE	3	MO; ADD
SLOW FE 45 MG TABLET	3	MO; ADD
SLOW RELEASE IRON 160 MG TAB P/F, GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	3	ADD
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET GLUTEN-FREE (RX)	3	MO; ADD
SLOW RELEASE IRON TABLET	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SLOW RELEASE IRON TABLET (RX)	3	MO; ADD
SM B COMPLEX WITH VIT C TABLET (RX)	3	ADD
<i>sm biotin 5,000 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm calcium 600-d3-minerals tab (rx)</i>	3	ADD
SM COMPLETE MULTI-VIT-MINERAL ADVANCED FORMULA	3	ADD
<i>sm folic acid 0.4 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm folic acid 400 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm folic acid 400 mcg tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
SM HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET CAPLET, GLUTEN-FREE (RX)	3	ADD
<i>sm iron 325 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>sm iron 65 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>sm multivitamins tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	3	ADD
SM SUPER VITAMIN B COMPLEX TAB (RX)	3	MO; ADD
<i>sm vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin b-6 100 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin c 1,000 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin c 1,000 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin c with rose hips natural (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm vitamin d3 1,000 unit tab p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl softgel, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm vitamin e 1,000 unit sftgel softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin e 400 unit capsule (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin e 400 unit softgel sftgel,natural blend (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>sm vitamin e 400 unit softgel softgel,natural (rx)</i>	3	ADD
SOLO TABLET	3	ADD
SOLUVITA-E 22.5 MG/ML DROP	3	ADD
SOOTHING PUREWAY-C 500 MG TAB	3	ADD
STRESS B WITH ZINC TABLET	3	ADD
STRESS B-COMPLEX TABLET (RX)	3	MO; ADD
STRESS FORMULA TABLET (RX)	3	MO; ADD
STRESS FORMULA WITH IRON TAB	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
STRESS FORMULA WITH IRON TAB	3	MO; ADD
STRESS FORMULA WITH ZINC TAB (RX)	3	MO; ADD
STROVITE FORTE CAPLET	3	ADD
STROVITE ONE CAPLET	3	MO; ADD
SUNVITE TABLET	3	ADD
SUPER ANTIOXIDANT CAPSULE P/F (RX)	3	ADD
SUPER ANTIOXIDANT SOFTGEL SFTGL,N,P/F	3	ADD
SUPER B COMPLEX TABLET (RX)	3	MO; ADD
SUPER B COMPLEX TABLET P/F (RX)	3	MO; ADD
SUPER B COMPLEX-VIT C CAPLET (RX)	3	MO; ADD
SUPER B WITH VIT C CAPSULE (RX)	3	ADD
SUPER DAILY D3 1,000 UNIT/DROP	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SUPER DAILY D3 2,000 UNIT/DROP	3	ADD
SUPER MULTIPLE-LOW IRON TABLET	3	ADD
SUPER THERA VITE M TABLET (RX)	3	MO; ADD
SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL	3	ADD
<i>sv biotin 5,000 mcg softgel softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv folic acid 800 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
SV HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	3	ADD
<i>sv iron 65 mg tablet p/f, d/f (rx)</i>	3	ADD
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB (RX)	3	MO; ADD
<i>sv vit c-rose hip 1,000 mg tab p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vit c-rose hips 1,000 mg tb p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab p/f, gluten free (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sv vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl softgel,gluten-f,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 25 mcg(1000 unit) (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel softgel , p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin e 200 unit softgel p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin e 400 unit softgel p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sv vitamin e 450 mg softgel water soluble, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin e 670 mg softgel p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	3	ADD
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	3	MO; ADD
TAB-A-VITE TABLET	3	MO; ADD
TARON FORTE CAPSULE	3	MO; ADD
THERA M PLUS TABLET	3	MO; ADD
THERA TABLET	3	ADD
THERA-D 2000 TABLET	3	ADD
THERA-D 4000 TABLET	3	ADD
THERA-D RAPID REPLETION TABLET	3	ADD
THERA-D SPORT 2,000 UNIT TAB GLUTEN-FREE	3	ADD
THERAGRAN-M PREMIER 50+ CAPLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
THERA-M CAPLET (RX)	3	ADD
THERA-M CAPLET CAPLET,U-D,10X10 (RX)	3	ADD
THERA-M TABLET W/BETA CAROTENE	3	MO; ADD
THERAMILL FORTE CAPSULE	3	ADD
THERANATAL LACTATION COMBO PCK	3	ADD
THERAPEUTIC-M CAPLET	3	ADD
THERAPEUTIC-M CAPLET P/F, CAPLET	3	MO; ADD
THERAPEUTIC-M TABLET	3	MO; ADD
THERA-TABS CAPLET	3	MO; ADD
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS TAB	3	ADD
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS TAB	3	ADD
THERATRUM COMPLETE TABLET MFG ERROR (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
THERATRUM COMPLETE TABLET W/LUTEIN, P/F (RX)	3	MO; ADD
THEREMS MULTIVITAMIN TABLET	3	MO; ADD
THEREMS-M TABLET	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial 25's,mdv,outer</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mdv, inner</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mdv, outer</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mdv,inner</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mov</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mov, inner</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial mov, outer</i>	3	MO; ADD
TRICON CAPSULE	3	ADD
TRIFERIC 272 MG POWDER PACKET OUTER	3	ADD
TRIGELS-F FORTE SOFTGEL	3	MO; ADD
TRIPHROCAPS SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRI-VI-SOL DROPS	3	MO; ADD
TROPICAL LIQUID NUTRITION	3	ADD
ULTRA FREEDA TABLET	3	ADD
ULTRA FREEDA WITH IRON TABLET	3	ADD
VENOFER 100 MG/5 ML VIAL 25'S,SDV,P/F	3	MO; ADD
VENOFER 100 MG/5 ML VIAL OUTER, SUV, P/F	3	MO; ADD
VENOFER 100 MG/5 ML VIAL SUV,P/F, OUTER	3	MO; ADD
VENOFER 200 MG/10 ML VIAL SUV,P/F,OUTER	3	MO; ADD
VENOFER 50 MG/2.5 ML VIAL 10'S,SDV,P/F, OUTER	3	ADD
VENOFER 50 MG/2.5 ML VIAL 25'S,SUV,P/F	3	ADD
VENOFER 50 MG/2.5 ML VIAL SUV,P/F,OUTER	3	ADD
VIRT-CAPS SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VISION FORMULA TABLET	3	ADD
VISION FORMULA WITH LUTEIN TAB	3	ADD
VISION PLUS LUTEIN VITAMIN TAB	3	MO; ADD
VISTA ADVANCED AREDS2 SOFTGEL	3	ADD
VISTA ADVANCED DRY EYE SOFTGEL	3	ADD
<i>vit c-rose hips 1,000 mg cplt caplet,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 1,000 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 1,000 mg tab s/f (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet s/f (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet with rose hips,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vit d3 125 mcg (5000 unit) tab</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	3	MO; ADD
VITABEX PLUS CAPSULE	3	ADD
VITAFOL CAPLET	3	ADD
VITAJoy DAILY D GUMMY	3	MO; ADD
VITAL-D RX TABLET	3	MO; ADD
VITALEE TABLET	3	ADD
VITALETS TABLET CHEWABLE CHILD, ORANGE (RX)	3	ADD
VITALETS TABLET CHEWABLE CHILD, RASPBERRY	3	ADD
VITALETS TABLET CHEWABLE CHILD, UNFLAVORED	3	ADD
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL (RX)	3	ADD
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL INNER (RX)	3	ADD
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL OUTER (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin a 10,000 unit softgel p/f,n,softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin a 8,000 unit capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin a 8,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN A PALM 10,000 UNIT TAB	3	ADD
VITAMIN A PALM 15,000 UNIT TAB	3	ADD
VITAMIN B COMPLEX-VIT C CAPLET (RX)	3	ADD
VITAMIN B COMPLEX-VITAMIN C TB (RX)	3	MO; ADD
VITAMIN B COMPLEX-VITAMIN C TB (RX)	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin b-6 100 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet p/f,no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet p/f,no-lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 100 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin b-6 50 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN B-COMPLEX & C P/F, CAPLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VITAMIN B-COMPLEX & C CAPLET P/F,LACTOSE FREE	3	ADD
VITAMIN B-COMPLEX & C CAPLET P/F,NO LACTOSE,CPLT	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 1,000 mg caplet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg caplet n,caplet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet n,caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 100 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin c 250 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet 10x10, u-d (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet u-d (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet timed release (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin c-500 mg tablet p/f, gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) capsule</i>	3	ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) outer</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) softgel</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET	3	ADD
<i>vitamin d2 400 unit tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummies (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit adult gummies</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit gluten-free, gummies (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 1,000 unit gummy (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel p/f, n,sftgl (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel p/f,gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel sftgl,p/f,no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel softgel,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel softgel,p/f,n (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VITAMIN D3 1,000 UNIT SPRAY	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew grape flavor</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew p/f, gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew p/f, peach vanilla</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet gluten/f, d/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet p/f,gluten free (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN D3 1,000 UNIT/10 ML LQ	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VITAMIN D3 1,250 MCG CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
VITAMIN D3 10 MCG(400 UNIT)/ML (RX)	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid w/dropper (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel softgel (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel softgel,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit) (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 125 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel outer</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel p/f, color-free (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit p/f, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel p/f,n,softgel</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel p/f,n,softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel softgel, super str (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel soy-free,softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel ultra-str,softgel (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet outer,gluten-f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet super strength (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet w/ calcium carbonate (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet bonus 10 tb,max str (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet p/f, ex-strength (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet y/f,p/f (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN D3 250 MCG TABLET	3	MO; ADD
VITAMIN D3 3,000 UNIT TABLET	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit softgel p/f,n,softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit softgel softgel,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 400 unit tab chew orange, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew vanilla</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet gluten free</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet inner</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet n,p/f,d/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet outer</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 400 UNIT/ML LIQUID (RX)	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid supplement drop (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule veggie caps (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel p/f, softgel, glut-f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel softgel, no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet p/f, gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet y/f, gluten/f</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops p/f, yeast-free</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops p/f, gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50 mcg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50,000 unit capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 50,000 UNIT CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
VITAMIN D3 COMPLETE CAPLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d-400 tablet easy to swallow (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 1,000 unit p/f, blend, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 1,000 unit softgel p/f, gluten-f,softgel (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN E 1,000 UNIT SOFTGEL P/F,SOFTGEL (RX)	3	ADD
<i>vitamin e 1,000 unit softgel softgel, finest (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 1,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 100 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E 100 UNIT TABLET	3	ADD
VITAMIN E 100 UNIT TABLET Y/F, GLUTEN/F (RX)	3	ADD
<i>vitamin e 15 unit/0.3 ml drop</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E 15 UNIT/0.3 ML DROP	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin e 180 mg(400 unit) sfgl (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg(400 unit) sfgl inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg(400 unit) sfgl outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 200 unit softgel</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 200 unit softgel p/f, gluten-f,softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 200 unit softgel p/f, no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 268 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit capsule (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit capsule p/f, sf, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit capsule softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit capsule synthetic (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel economy size (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel p/f,softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel p/f,softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel softgel,100% natural (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel softgel,n,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel softgel,p/f,n (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel water dispersible (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 45 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 450 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VITAMIN E 450 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>vitamin e 90 mg softgel</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E NATURAL OIL DROPS	3	ADD
VITAMIN E OIL DROPS	3	ADD
VITAMIN E OIL DROPS	3	ADD
VITAMIN E-200 200 UNIT SOFTGEL INNER	3	MO; ADD
VITAMIN E-200 200 UNIT SOFTGEL OUTER	3	MO; ADD
VITAMINS A-D-E TABLET	3	ADD
VITATRUM TABLET	3	ADD
VITREXYL CAPLET	3	ADD
VITREXYL PLUS IRON CAPLET	3	ADD
VITRUM 50 PLUS SENIOR TABLET	3	ADD
VITRUM SENIOR TABLET F/F,P/F (RX)	3	ADD
WEE CARE 15 MG/1.25 ML SUSP	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
WEEKLY-D 1,250 MCG SOFTGEL	3	ADD
<i>wescap-pn dha</i>	1	MO
WESTAB ONE TABLET	3	MO; ADD
WOMEN 50 PLUS MULTIVIT ADV TAB	3	ADD
WOMEN MULTIVIT W-BIOTIN GUMMY	3	ADD
WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA (RX)	3	ADD
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET	3	ADD
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET (RX)	3	MO; ADD
WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
WOMEN'S DAILY PACK	3	ADD
WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F, LACTOSE-F	3	ADD
WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F,N,FRUIT	3	ADD
WOMEN'S MULTIVITAMIN TABLET	3	ADD
YELETS TABLET	3	ADD
<i>zinc 15 mg lozenges</i>	3	ADD
ZINC LOZENGES	3	ADD
ZOO FRIENDS TABLET CHEWABLE (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

Index

1		ABILIFY MAINTENA.....47	ACTIMMUNE .....129
12 HOUR DECONGESTANT		<i>abiraterone</i> 12	ACTIVE FE.....211
..... 153		ABRAXANE..... 13	<i>acyclovir</i> .....2, 79
12 HOUR NASAL		ABRYSVO..... 130	<i>acyclovir sodium</i>.....2
DECONGEST (PSE)..... 153		<i>acamprosate</i> 86	ADACEL(TDAP
2		<i>acarbose</i> 103	ADOLESN/ADULT)(PF)
24HR ALLERGY RELIEF 153		ACCRUFER.....211	130
3		<i>accutane</i>.....74	ADALIMUMAB-ADAZ....139
3-DAY VAGINAL..... 143, 144		<i>acebutolol</i> .....55	<i>adapalene</i> .....75
4		<i>acetaminophen</i>....34, 35, 36, 44	ADAPALENE .....75
4 WAY .....98		ACETAMINOPHEN.....35, 36	ADBRY .....66
5		ACETAMINOPHEN (BULK)	ADCETRIS.....13
50 PLUS ADULT EYE		36	<i>adefovir</i>.....2
HEALTH.....210		<i>acetaminophen-codeine</i>.....32	ADEK GUMMIES PLUS
8		<i>acetazolamide</i> 152	ZINC.....237
8 HOUR PAIN RELIEVER 34,		<i>acetazolamide sodium</i> 152	ADEMPAS .....176
45		<i>acetic acid</i>.....86, 101	<i>adenosine</i> .....55
8HR MUSCLE ACHES-PAIN		<i>acetylcysteine</i>.....82, 176	<i>adrenalin</i>.....153
.....34		ACID CONTROLLER..... 126,	ADSTILADRIN .....13
A		128	ADULT 50 PLUS EYE
A THRU Z.....211		ACID GONE ANTACID ..113	HEALTH .....218
A THRU Z ADVANCED		ACID GONE ANTACID	ADULT ASPIRIN REGIMEN
FORMULA .....210		E.STRENGTH.....113	36
A THRU Z HIGH POTENCY		ACID REDUCER	ADULT MULTIVITAMIN
.....210		(CIMETIDINE)..... 129	GUMMIES .....211, 212
A THRU Z MEN'S		ACID REDUCER	ADULT ONE DAILY
ULTIMATE .....211		(FAMOTIDINE) ...126, 127,	GUMMIES .....212
A THRU Z SELECT .....211		128	ADULT TUSSIN CHEST
A THRU Z SELECT 50PLUS		ACID REDUCER	CONGESTION.....162, 164,
FORMULA .....211		(OMEPRAZOLE) 126	174
A THRU Z SELECT		ACIDOPHILUS .....201	ADULT TUSSIN COUGH
WOMEN'S .....211		ACIDOPHILUS EX STR (L.	CONGEST DM .....164
A-25 (VIT A PALMITATE)		SPOROG)..... 110	ADULTS 50 PLUS.....212
.....211		ACIDOPHILUS-PECTIN..110	ADULTS' DAILY FORMULA
<i>abacavir</i>.....2		ACIDOPHILUS-PECTIN,	212
<i>abacavir-lamivudine</i>.....2		CITRUS..... 110	ADULTS MULTIVITAMIN
ABATINEX .....201		<i>acitretin</i> .....64	212
ABC COMPLETE SENIOR		ACNE MEDICATION...74, 75	ADVAIR HFA.....176
WOMEN'S .....211		ACTEMRA 139	ADVANCED ANTACID-
ABC PLUS.....211		ACTEMRA ACTPEN..... 139	ANTIGAS.....117, 123, 124
ABELCET .....2		ACTHIB (PF)..... 130	ADVANCED MULTI EA..212
ABILIFY ASIMTUFII.....47		ACTICAL.....211	AEROCHAMBER MINI ...132

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

AEROCHAMBER MV.....	132	AIRSHIELD.....	218	ALL DAY PAIN RELIEF....	36
AEROCHAMBER PLUS		AIRSHIELD IMMUNE	203	ALL DAY RELIEF	36
FLOW-VU	132	AIRZONE PEAK FLOW		ALLER-CHLOR	154
AEROCHAMBER PLUS		METER	133	ALLER-EASE	161
FLOW-VU,L MSK	132	<i>ala-cort</i>	79, 80	ALLER-G-TIME	154
AEROCHAMBER PLUS		ALAHIST CF	154	ALLERGY	
FLOW-VU,M MSK	132	ALAHIST D	154	(CHLORPHENIRAMINE)	
AEROCHAMBER PLUS		ALAHIST DM		.....	154, 172
FLOW-VU,S MSK.....	132	(DEXBROMPHEN-PE-		ALLERGY	
AEROCHAMBER PLUS Z		DM)	154	(DIPHENHYDRAMINE)	
STAT	132	ALA-HIST IR.....	154	.....	154, 164
AEROCHAMBER PLUS Z		ALAHIST PE	154	ALLERGY AND	
STAT LG MSK.....	132	ALAWAY	149	CONGESTION RELIEF	
AEROCHAMBER PLUS Z		<i>albendazole</i>	7	.....	155, 164
STAT MD MSK.....	132	<i>albumin, human 25 %</i>	183	ALLERGY MULTI-	
AEROCHAMBER PLUS Z		<i>alburx (human) 25 %</i>	183	SYMPTOM	154
STAT SM MSK	132	<i>alburx (human) 5 %</i>	183	ALLERGY RELIEF	
AEROCHAMBER Z-STAT		<i>albutein 25 %</i>	183	(CETIRIZINE)	155, 164
PLUS-FLW SG	132	<i>albutein 5 %</i>	183	ALLERGY RELIEF	
AEROVENT PLUS.....	132	<i>albuterol sulfate</i>	176	(FEXOFENADINE).....	154
AFTERA	145	<i>alclometasone</i>	80	ALLERGY RELIEF	
AIMOVIG AUTOINJECTOR		<i>alcohol pads</i>	103	(FLUTICASONE).176, 178,	
.....	29	ALDURAZYME	108	180	
AIMSCO LATEX CONDOM		ALECENSA	13	ALLERGY RELIEF	
.....	133	<i>alendronate</i>	138, 139	(LORATADINE)....	154, 161
AIRBORNE (ASCORBATE		ALEVAZOL.....	77	ALLERGY RELIEF D12...154	
SODIUM).....	212	<i>alfuzosin</i>	182	ALLERGY RELIEF D-24HR	
AIRBORNE (ASCORBIC		ALIMTA	13	.....	154
ACID).....	212	ALIQOPA	13	ALLERGY	
AIRBORNE (LYSINE HCL)		<i>aliskiren</i>	55	RELIEF(CHLORPHENIRA	
.....	201, 202	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		MN)	154, 164
AIRBORNE (WITH LYSINE		(BLEND).....	213	ALLERGY	
ACETATE)	212	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		RELIEF(DIPHENHYDRA	
AIRBORNE ELDERBERRY		GUMMY	212	MIN).....154, 161, 164, 172,	
.....	212	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS		173	
AIRBORNE GUMMY.....	212	ULTRA.....	213	ALLERGY RELIEF,NASAL	
AIRBORNE KIDS	212	ALIVE WOMEN'S ENERGY		DECONGEST	155, 164
AIRBORNE NATURAL		.....	213	ALLERGY RELIEF-D	
ENERGY.....	212	ALIVE WOMEN'S GUMMY		(CETIRIZINE)	155
AIRBORNE PLUS GOOD		VITAMIN.....	213	ALLERGY SINUS	
REST	212	ALL DAY ALLERGY		HEADACHE (PE).....	171
AIRBORNE PLUS		(CETIRIZINE)	154, 156,	ALLERGY-CONGEST	
PROBIOTIC.....	212	161, 171, 172		RELIEF-D(FEXO)	155
AIRBORNE VITS ZINC		ALL DAY ALLERGY-D..154,		ALLERGY-TIME	155
ELDERBERRY.....	212	161, 172		ALL-NITE COLD-FLU	155

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>allopurinol</i>	138	<i>amoxicillin</i>	10	ANTIFUNGAL	
<i>allopurinol sodium</i>	138	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..	10	(TOLNAFTATE)	77, 79
ALMACONE-2.....	113	<i>amphotericin b</i>	2	ANTI-ITCH (HC).....	80
<i>aloprim</i>	138	<i>ampicillin</i>	10	ANTI-ITCH(DIPHENHYD)	
<i>alosetron</i>	113	<i>ampicillin sodium</i>	10	WITH ZINC	66, 72, 73
<i>alpha lipoic acid</i>	86	<i>ampicillin-sulbactam</i>	10	ANTIOXIDANT	
ALPHA LIPOIC ACID ..	86, 93	<i>anagrelide</i>	86	A/C/E/SELENIUM.	213, 247
ALPHAGAN P.....	153	<i>anastrozole</i>	13	ANTIOXIDANT FORMULA	
ALREX.....	153	ANDRODERM	108	(SELENIUM)	213
ALTAMIST.....	98	ANIMAL CHEWS	213	APATATE FORTE	213
<i>altavera (28)</i>	145	ANTACID	121, 124	APETIGEN PLUS.....	213
<i>aluminum hydroxide gel</i>	113	ANTACID (CALCIUM		APOKYN	29
<i>alum-mag hydroxide-simeth</i>		CARBONATE)	183, 191,	<i>apomorphine</i>	29
.....	113	198		<i>apraclonidine</i>	153
ALUNBRIG	13	ANTACID ANTI-GAS	113,	<i>aprepitant</i>	113
ALVESCO	176	117		APRETUDE	2
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	145	ANTACID ANTI-GAS (CA		<i>apri</i>	145
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	145	CARB-SIM)	113	APRODINE.....	155
<i>alyq</i>	176	ANTACID EXST (MAG		APTIOM.....	25
<i>amabelz</i>	142	CARB-AL HYD)	113	APTIVUS	2
<i>amantadine hcl</i>	2	ANTACID EXT STR		AQUA-E CONCENTRATE	
<i>ambrisentan</i>	176	(CALCIUM CARB).....	183,	.....	213
AMERICERIN	66	191		AQUANAZ	155
<i>amethyst (28)</i>	145	ANTACID EXTRA-		AQUAPHILIC.....	66
<i>amikacin</i>	7	STRENGTH	183	AQUAPHOR.....	66
<i>amiloride</i>	55	ANTACID PLUS ANTI-GAS		AQUAPHOR HEALING	66
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		.....	117	<i>aranelle (28)</i>	145
.....	55	ANTACID REGULAR		ARBEM H-COSMETIC	66
<i>aminocaproic acid</i>	59	STRENGTH.....	113	ARBEM LIOPEN	66
<i>amiodarone</i>	55	ANTACID ULTRA		ARCALYST	129
<i>amitriptyline</i>	47	STRENGTH	183	AREXVY (PF)	130
AMJEVITA (ONLY NDCS		ANTACID-ANTIGAS	113,	<i>arformoterol</i>	176
STARTING WITH 55513)		117, 121, 122		<i>arginine (l-arginine)</i>	202
.....	139	ANTIBIOTIC (BACITRACIN		ARGININE (L-ARGININE)	
AMLADEX.....	213	ZINC)	77	.....	202, 207, 210
<i>amlodipine</i>	55	ANTIBIOTIC PLUS		ARGININE (L-ARGININE)	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	61	(PRAMOXINE).....	77	(BULK).....	202, 207
<i>amlodipine-benazepril</i>	55	ANTI-DANDRUFF.....	64	ARGININE HCL (L-	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	55	ANTI-DIARRHEAL		ARGININE)	207, 209
<i>amlodipine-valsartan</i>	55	(LOPERAMIDE)....	110, 111,	ARIKAYCE	7
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>		112		<i>aripiprazole</i>	47
.....	55	ANTIFUNGAL		ARISTADA.....	47, 48
<i>ammonium lactate</i>	66	(CLOTRIMAZOLE) ..	77, 79	ARISTADA INITIO.....	47
<i>amnesteem</i>	75	ANTIFUNGAL		<i>armodafinil</i>	48
<i>amoxapine</i>	47	(MICONAZOLE).....	77, 78	<i>arsenic trioxide</i>	13

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

ARTHRITIS PAIN RELIEF (ACETAM) ...36, 40, 41, 44, 45	AVONEX 129	BALVERSA 13
ARTHRITIS PAIN RELIEF(CAPSAIC)..... 66	AYR ALLERGY AND SINUS 98	BANOPHEN 155
ARTIFICIAL TEARS (POLYVIN ALC)..... 149	AYR SALINE 98	BANOPHEN ANTI-ITCH...66
ARTIFICIAL TEARS(PVALCH-POVID) 149	AYR SALINE GEL..... 98	BAQSIMI 103
ASCOR..... 213	AYVAKIT..... 13	BARACLUDE..... 2
<i>ascorbic acid (vitamin c)</i> ...213, 220, 253	AZ..... 66	BARIATRIC MULTIVITAMINS 213
<i>asenapine maleate</i> 48	<i>azacitidine</i> 13	BASE 7542 66
ASMANEX HFA 176	AZASITE 148	BAVENCIO 13
ASMANEX TWISTHALER 176, 177	<i>azathioprine</i> 13	BAZA ANTIFUNGAL 78
ASPARLAS 13	<i>azathioprine sodium</i> 13	BCG VACCINE, LIVE (PF) 130
<i>aspirin</i> 36, 37, 40, 41, 44, 45	<i>azelaic acid</i> 75	B-COMPLEX PLUS VIT C (CALCIUM) 230
<i>aspirin-dipyridamole</i> 59	<i>azelastine</i> 99, 149	B-COMPLEX WITH VITAMIN C ..214, 218, 243, 246, 252, 253
ASTHMA CHECK METER 133	<i>azithromycin</i> 6	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE..... 133
ASTHMAPACK CHILDREN'S..... 133	AZO COMPLETE FEMININE BALANCE 110	BD INSULIN SYRINGE ...133
<i>atazanavir</i> 2	AZO DUAL PROTECTION 110	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 133
<i>atenolol</i> 55	AZO HORMONAL HEALTH CYCLE CARE 213	BD INSULIN SYRINGE U- 500 133
<i>atenolol-chlorthalidone</i> 55	AZO HORMONAL HLTH HAPPY CYCLE..... 213	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE..... 133
ATHLETE'S FOOT 78	<i>aztreonam</i> 7	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 133
ATHLETE'S FOOT (CLOTRIMAZOLE) 78	<i>azurette (28)</i> 145	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE..... 133
ATHLETE'S FOOT (TERBINAFINE) 78, 79	B	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE..... 133
ATHLETE'S FOOT (TOLNAFTATE) 78	B COMPLEX 100 213	BD SAFETYGLIDE SYRINGE..... 133
<i>atomoxetine</i> 48	B COMPLEX PLUS VITAMIN C 213	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 133
<i>atorvastatin</i> 61	B COMPLEX W-VIT C..... 213	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE..... 133
<i>atovaquone</i> 7	B COMPLEX-VITAMIN C- FOLIC ACID.213, 214, 220, 226, 233, 246, 247, 252	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 133
<i>atovaquone-proguanil</i> 7	BABY AYR SALINE 99	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 133
<i>atropine</i> 110, 149	BABY DDROPS 213	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 133
ATROVENT HFA 177	BABY VITAMIN D3..... 213	
AUBAGIO 30	BABY'S SUPER DAILY D3 213	
<i>aubra eq</i> 145	<i>bacitracin</i> 7, 76, 148	
AUGMENTIN..... 10	<i>bacitracin zinc</i> 76	
AUVELITY..... 48	BACITRACIN ZINC 76	
<i>aviane</i> 145	<i>bacitracin-polymyxin b</i> 148	
	<i>baclofen</i> 32	
	BACMIN..... 213	
	<i>balanced salt</i> 149	
	<i>balsalazide</i> 113	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....	134	<i>bicalutamide</i>	13	<i>bromocriptine</i>	29
BELBUCA	32	BICILLIN C-R	10	<i>brompheniramine-pseudoeph-</i> <i>dm</i>	155
BELEODAQ	13	BICILLIN L-A	10	BROMSITE	152
<i>benazepril</i>	55	BIKTARVY	2	BRUKINSA.....	13
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	55	BIO-35, GLUTEN FREE ..	214	<i>bss</i>	149
<i>bendamustine</i>	13	BIOCAL	214	<i>budesonide</i>	113, 177
BENDEKA.....	13	BIO-D-MULSION	214	<i>budesonide-formoterol</i>	177
BENLYSTA	139	BIO-D-MULSION FORTE	214	<i>bumetanide</i>	56
BENZEDREX	99	BIO-K PLUS	110	<i>buprenorphine hcl</i>	32
BENZEFOAM	75	BIOLYTE	183	<i>buprenorphine transdermal</i> <i>patch</i>	32
<i>benzoin</i>	73	BIOMEPRO	110	<i>buprenorphine-naloxone</i>	37
<i>benzoin (bulk)</i>	66	BIOTECT PLUS	202	<i>bupropion hcl</i>	48
<i>benzoin compound</i>	66	<i>biotin</i> ..214, 218, 230, 233, 243, 246, 248		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	94
<i>benzonatate</i>	155	BIOTIN	214, 218, 248	<i>buspirone</i>	48
<i>benzoyl peroxide</i>	75	BIOTIN (BULK) 214, 215, 223		<i>busulfan</i>	13
<i>benztropine</i>	29	<i>bisacodyl</i>	113	<i>butenafine</i>	78
BENZYL ALCOHOL (BULK)	86	BISMUTH SUBSALICYLATE.....	111	<i>butorphanol</i>	37
BENZYL BENZOATE (BULK)	86	<i>bisoprolol fumarate</i>	56	BYDUREON BCISE.....	103
<i>bepotastine besilate</i>	149	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	56	BYETTA	103
BEROCCA (FA-GUARANA- CAFF).....	214	<i>bleomycin</i>	13	C	
BESIVANCE	148	BLINCYTO.....	13	C-1000	215
BESPONSA	13	BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	215	C-1000 WITH ROSE HIPS	215
BESREMI.....	129	BOOST BREEZE NUTRITIONAL	202	C-500	215
<i>beta care</i>	66	BOOSTRIX TDAP.....	130	CABENUVA.....	2
<i>beta carotene</i>	214	<i>bortezomib</i>	13	<i>cabergoline</i>	108
BETA XMA	66	BORTEZOMIB	13	CABLIVI.....	59
BETADINE	76	<i>bosentan</i>	177	CABOMETYX.....	14
BETADINE SURGICAL SCRUB.....	76	BOSULIF	13	<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-</i> <i>bor</i>	215, 225, 230, 246
BETADINE SWABSTICKS	76	BOTOX	130	CA-D3-MAG OX-ZINC-COP- MANG-BOR	215, 218
<i>betaine</i>	113	BPO	75	CAFFEINE (BULK)	86
<i>betamethasone dipropionate</i> 80		BRAFTOVI.....	13	<i>caffeine citrate</i>	86
<i>betamethasone valerate</i>	80	BREO ELLIPTA	177	CALCIDOL	215
<i>betamethasone, augmented</i> ..	80	<i>breynd</i>	177	<i>calcipotriene</i>	64
BETASERON	129	BREZTRI AEROSPHERE.	177	<i>calcitonin (salmon)</i>	108
<i>betaxolol</i>	55, 56, 148	BRILINTA	59	CAL-CITRATE	183
<i>bethanechol chloride</i>	182	<i>brimonidine</i>	153	<i>calcitriol</i>	64, 108
BEVESPI AEROSPHERE.	177	<i>brimonidine-timolol</i>	152	<i>calcium 500 + d</i> ..184, 191, 199	
<i>bexarotene</i>	13	BRIUMVI.....	30	<i>calcium 500 with d</i>	184, 190, 199
BEXSERO.....	130	BRIVIACT	25	<i>calcium 600</i>	185, 198
		<i>bromfenac</i>	152		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>calcium 600 + d(3)</i> 185, 186, 189, 191, 198	CAL-QUICK 189	<i>cefadroxil</i> 5
<i>calcium 600 + minerals</i> 243	CALTRATE 600 PLUS D . 189	<i>cefazolin</i> 5
<i>calcium 600 with vitamin d3</i> 185	CALTRATE 600-D PLUS MINERALS..... 215	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> ..5
CALCIUM 600 WITH VITAMIN D3..... 186, 191	CALTRATE WITH VITAMIN D3 189	<i>cefdinir</i> 5
<i>calcium 600-d3 plus (mag-zinc)</i> 215, 218	CALTRATE-D3 PLUS MINERALS..... 215	<i>cefepime</i> 5
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> 187	<i>camila</i> 142	<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i> ..5
<i>calcium antacid</i> 187, 191	<i>camrese</i> 145	<i>cefixime</i> 5
<i>calcium carbonate</i> 183, 184, 185, 187, 190, 199	<i>candesartan</i> 56	<i>cefloxitin</i> 6
CALCIUM CARBONATE 187, 194	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> 56	<i>cefloxitin in dextrose, iso-osm</i> .6
<i>calcium carbonate-vit d3-min</i> 215, 233, 243	CAPCOF 155	<i>cefpodoxime</i> 6
<i>calcium carbonate-vitamin d3</i> 183, 184, 185, 186, 189, 190, 191, 198, 199	CAPLYTA..... 48	<i>cefprozil</i> 6
CALCIUM CARBONATE-VITAMIN D3 183, 184, 185, 186, 192, 194, 199	CAPMIST DM 155	<i>ceftazidime</i> 6
<i>calcium chloride</i> 187	CAPRELSA..... 14	<i>ceftriaxone</i> 6
<i>calcium citrate</i> 188	CAPRON DM 155	<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i> .6
CALCIUM CITRATE..... 188	CAPRON DMT..... 155	<i>cefuroxime axetil</i> 6
<i>calcium citrate + d</i> 187	<i>capsaicin</i> 67	<i>cefuroxime sodium</i> 6
<i>calcium citrate-vitamin d3</i> 187, 188, 189, 190, 191, 198	CAPSAICIN..... 67	<i>celecoxib</i> 37
CALCIUM CITRATE-VITAMIN D3 187, 188, 189, 190, 191, 198, 199	<i>captopril</i> 56	CELONTIN 26
<i>calcium gluconate</i> 188	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> 56	CENTRAL-VITE 243
CALCIUM LACTATE 188	<i>carbamazepine</i> 25	CENTRAL-VITE WOMEN'S MATURE 243
CALCIUM PHOSPHATE-VITAMIN D3..... 215	<i>carbidopa</i> 29	CENTRAM-CARE..... 215
<i>calcium with vitamin d</i> 186	<i>carbidopa-levodopa</i> 29	CENTRATEx 215
CAL-GEST ANTACID..... 189	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> 29	CENTRAVITES..... 216
CALLUS REMOVERS 65	<i>carboplatin</i> 14	CENTRAVITES 50 PLUS 215, 216
CAL-MINT 189	<i>cardioplegic soln</i> 63	CENTRAVITES ADULTS 216
CALQUENCE..... 14	<i>carglumic acid</i> 86	CENTRUM..... 216
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 14	<i>carmustine</i> 14	CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY 216
	CARRINGTON MOIST BARRIER-ZINC 67	CENTRUM CHEWABLES 216
	CARRINGTON MOISTURE BARRIER CR 67	CENTRUM COMPLETE ..216
	<i>carteolol</i> 148	CENTRUM KIDS (VIT D3, VIT K) 216
	<i>cartia xt</i> 56	CENTRUM MEN..... 216
	<i>carvedilol</i> 56	CENTRUM SILVER..... 216
	<i>caspofungin</i> 2	CENTRUM SILVER MEN 216
	<i>castor oil</i> 113, 114, 115, 117, 122, 124	CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S 216
	CAYSTON 7	CENTRUM SILVER WOMEN..... 216
	<i>cefaclor</i> 5	CENTRUM SPECIALIST HEART 216

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

CENTRUM ULTRA MEN'S	217	CHILD ALLERGY RELIEF(CETIRIZINE).....	156	CHILDREN'S CHEWABLE COMPLETE	217, 231
CENTRUM WOMEN.....	217	CHILD CHEWABLE VITAMIN COMPLETE..	219	CHILDREN'S CHEWABLE MULTIVITAMIN	218
CENTURY	230	CHILD COMPLETE MULTIVITAMIN	225	CHILDREN'S CHEWABLE VITAMIN.....	217, 218
CENTURY MATURE	230	CHILD DELSYM COUGH PLUS DY-NT.....	157	CHILDREN'S CHEWABLES	217, 231
<i>cephalexin</i>	6	CHILD MUCINEX FREEFROM DY COLD	157	CHILDREN'S CHEWABLES EXTRA C	217, 231
CEPROTIN (BLUE BAR)...	59	CHILD MUCINEX FREEFROM MS D-N	157	CHILDREN'S COLD AND COUGH (PE)..	158, 161, 164
CEPROTIN (GREEN BAR)	59	CHILD MUCINEX M-S COLD DAY-NTE	157	CHILDREN'S COUGH DM ER.....	157, 161
CEQUER SIMPLICITY INSERTER.....	134	CHILD MUCINEX STUFFY NOSE SPRY.....	99	CHILDREN'S DAYCLEAR ALLERGY	157
CERALYTE-70.....	189	CHILD MUCINEX STUFFY NOSE-CHST	158	CHILDREN'S DELSYM COUGH.....	157
CERASPORT.....	189	CHILD MUCUS RELIEF COUGH.....	158, 161, 164	CHILDREN'S FLONASE ALLERGY RLF	177
CERASPORT EX1	189	CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	217	<i>children's ibuprofen</i>	37
CERAVE.....	67	CHILD TRIAMINIC MS FEVER-COLD	158	CHILDREN'S IBUPROFEN	38, 40, 41, 45
CERAVE HEALING	67	CHILDREN MULTIVITAMIN	217	CHILDREN'S LORATADINE	157
CERAVE SA (WITH NIACINAMIDE)	67	CHILDREN'S ACETAMINOPHEN.	37, 39, 41	CHILDREN'S MAPAP ..	38, 39
CEROVITE JR.....	217	CHILDREN'S ALWAY ..	149	CHILDREN'S MUCINEX COUGH.....	158
CEROVITE SENIOR.....	217	CHILDREN'S ALLERGY (DIPHENHYD).....	157, 158, 161, 164, 171	CHILDREN'S MUCINEX MULTI-SYMP	157, 158
CERTA PLUS	217	CHILDREN'S ALLERGY RELIEF(LOR)	156, 157, 173	CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	217
CERTAVITE SENIOR	217	CHILDREN'S ALLERGY(CETIRIZINE)	171	CHILDREN'S MULTIVITAMIN ..	217, 225
CERTAVITE- ANTIOXIDANT	217	CHILDREN'S ASPIRIN	45	CHILDREN'S OMEGA-3 GUMMY FISH.....	203
CETAPHIL.....	67	CHILDREN'S CETIRIZINE	157	CHILDREN'S PAIN RELIEF	45
CETAPHIL MOISTURIZING	67	CHILDREN'S CHEW MULTIVITAMIN	217	CHILDREN'S PAIN-FEVER RELIEF.....	37, 40, 41, 45
<i>cetirizine</i>	155, 156	CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON.....	217	CHILDRENS PLUS MULTI- SYMP COLD	158
<i>cetirizine-pseudoephedrine</i>	156			CHILDREN'S SALINE NASAL SPRAY	99
<i>cevimeline</i>	86				
CHEMET	86				
CHEMSTRIP 10 MD	103				
CHEMSTRIP 50B.....	103				
CHEMSTRIP 7	103				
CHENODAL	113				
CHEST CONGESTION RELIEF	156, 164, 173				
CHEST CONGESTION RELIEF DM...	156, 164, 173				
CHEST CONGESTION RELIEF PE.....	173				
CHEST CONGESTION- COUGH RELIEF	156				
CHEST-SINUS CONGESTION RELIEF	156				

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

CHILD'S ALL DAY ALLERGY(CETIR)..... 156, 161, 164, 173	CIMZIA..... 113	CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER 134
CHILD'S CHEWABLE VITAMINS/IRON 217	CIMZIA POWDER FOR RECONST..... 114	<i>clindamycin hcl</i>.....7
CHILD'S MUCUS RELIEF M- S COLD..... 158, 161	CIMZIA STARTER KIT ... 114	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...7
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM 218	<i>cinacalcet</i> 108	<i>clindamycin pediatric</i> .....7
CHLO HIST 158	CINRYZE..... 177	<i>clindamycin phosphate</i> ....7, 75, 143
CHLO TUSS 158	CINVANTI..... 114	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 202
<i>chloramphenicol sod succinate</i> 7	CIPRO 11	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE..... 202
<i>chlorhexidine gluconate</i> 99	<i>ciprofloxacin</i> 11	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE..... 87
CHLOROCAPS 202	<i>ciprofloxacin hcl</i> ... 11, 101, 148	CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE)202
<i>chloroprocaine (pf)</i> 67	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> 11	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 202
<i>chloroquine phosphate</i> 7	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> 102	CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE)202
<i>chlorothiazide sodium</i> 56	<i>cisplatin</i> 14	CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE)202
<i>chlorpheniramine maleate</i> .. 158	<i>citalopram</i> 48	<i>clobazam</i> 26
<i>chlorpromazine</i> 48	CITRACAL + D MAXIMUM 189	<i>clobetasol</i> 80
<i>chlorthalidone</i> 56	CITRACAL REGULAR ... 189	<i>clobetasol-emollient</i> 80
CHOCOLATE LAXATIVE 113	CITRACAL-D3 GUMMIES 218	<i>clodan</i> 80
CHOLBAM..... 113	CITRACAL-D3 MAXIMUM PLUS 189, 202	<i>clofarabine</i> 14
<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i> 220, 221, 226, 231, 232, 244, 246, 248, 251, 254, 255, 256, 257, 258	CITRACAL-D3 PETITES . 189	<i>clomid</i> 108
CHOLECALCIFEROL (VITAMIN D3)..... 213, 220, 222, 241, 251, 255, 256, 257, 258	CITRUCEL 114	<i>clomiphene citrate</i> 108
CHOLESTEROL (BULK). 202	CITRUCEL (SUCROSE)... 114	<i>clomipramine</i> 48
<i>cholestyramine (with sugar)</i> . 61	CITRUCEL SUGAR FREE 114	<i>clonazepam</i> 26
<i>cholestyramine light</i> 61	CITRULLINE (BULK)..... 207	<i>clonidine</i> 56
CHROMAGEN(SUMALATE- QUATREFOLI) 218	CITRUS CALCIUM- VITAMIN D3..... 189	<i>clonidine (pf)</i> 39, 56
CIBINQO 67	<i>cladribine</i> 14	<i>clonidine hcl</i> 48, 56
<i>ciclodan</i> 78	<i>claravis</i> 75	<i>clopidogrel</i> 59
<i>ciclopirox</i> 78	CLARIFYING BASE..... 94	<i>clorazepate dipotassium</i> 48
<i>cidofovir</i> 2	<i>clarithromycin</i> 6	<i>clotrimazole</i> 2, 78, 143, 144
<i>cilostazol</i> 59	CLEARLAX..... 114, 117, 124	<i>clotrimazole-3</i> 144
CIMDUO..... 3	CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK 134	<i>clotrimazole-betamethasone</i> . 78
CIMERLI 149	CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK 134	<i>clozapine</i> 48
<i>cimetidine</i> 126	CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK. 134	CO Q-10 82, 83, 85
		CO Q-10 (WITH VIT E) 202
		COARTEM..... 7
		COCONUT OIL CREAM.... 67
		<i>codeine-guaifenesin</i> 158, 162

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

CODEINE-GUAIFENESIN	163	COMPLETE MV ADULT 50 PLUS	225	CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT	218
COENZYME Q10...82, 83, 84, 85		<i>compro</i>	114	CULTURELLE TOTAL BALANCE	111
COENZYME Q10 (BULK) .84		CONCEPTIONXR MOTILITY	218	CUTTER.....	74
COENZYME Q10-VIT E-VIT E MIXED	202	CONEX	158	CUTTER ALL FAMILY	74
COENZYME Q10-VITAMIN E	203	<i>constulose</i>	114	CUTTER BACKWOODS....	67
COLACE	114	COPIKTRA	14	CUTTER BACKWOODS DRY.....	67, 74
COLACE 2-IN-1	114	COQ-10	82	CUTTER DRY	74
COLACE CLEAR.....	114	CORLANOR	63	CUTTER LEMON EUCALYPTUS	67
<i>colchicine</i>	138	CORN REMOVER	65	CUTTER NATURAL INSECT REPELLNT	67
COLD AND COUGH ELIXIR	158	CORN-CALLUS REMOVER	65	CUTTER NATURAL REPELLENT2.....	67
COLD AND FLU SEVERE	173	COROMEGA	202, 203	CUTTER SKINSATIONS ..	67, 74
COLD RELIEF PLUS.....	171	CORTIFOAM	114	CUTTER SPORT	74
COLD-SINUS RELIEF.....	164, 173	<i>cortisone</i>	102	<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	221, 222
<i>colesevelam</i>	61	CORVITA	218	CYANOCOBALAMIN(VIT B-12)(BULK)	222
<i>colestipol</i>	61	CORVITA 150	218	<i>cyclobenzaprine</i>	32
<i>colistin (colistimethate na)</i>	7	CORVITE 150.....	218	<i>cyclophosphamide</i>	14
COLUMVI	14	CORVITE FE	218	CYCLOPHOSPHAMIDE	14
COMBISTIX REAGENT ..	103	COSMEGEN	14	<i>cyclosporine</i>	14, 149
COMBIVENT RESPIMAT	177	COTELLIC.....	14	<i>cyclosporine modified</i>	14
COMETRIQ	14	COUGH AND COLD (CHLORPHEN-DM).....	159	CYLTEZO(CF)	140
COMPACT SPACE CHAMBER	134	COUGH AND SEVERE COLD	169	CYLTEZO(CF) PEN	140
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	134	COUGH DM ER	158, 159, 162, 165, 173	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	140
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	134	COUGH GELS (DM).....	161	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	140
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	134	COUGH-COLD RELIEF HBP	159	CYRAMZA	14
COMPLERA	3	CREON	114	<i>cyred eq</i>	145
COMPLETE ALLERGY ...	171	CRESEMBA	2	CYSTAGON	182
COMPLETE ALLERGY MEDICINE	171	CRITIC-AID CLEAR	67	CYSTARAN.....	149
COMPLETE MULTIVITAMIN-MINERAL.....	218, 225, 233, 246	CRITIC-AID CLEAR AF(MICONAZOL)	78	<i>cytarabine</i>	15
		<i>cromolyn</i>	114, 149, 177	<i>cytarabine (pf)</i>	15
		CROMOLYN	177	CYTO-Q	203
		<i>crotan</i>	81	CYTO-Q MAX.....	203
		<i>cryselle (28)</i>	145	CYTO-Q T-F	203
		CRYSVITA	108		
		CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV	218		
		CULTURELLE PRENATAL PROBIOTIC	111		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

D		
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	<i>demeclocycline</i>
87	130	11
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	<i>daptomycin</i>	DENAVIR
87	7	79
D3-2000.....	DAPTOMYCIN	DENG VAXIA (PF)
222	7	130
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	<i>darunavir ethanolate</i>	<i>denta 5000 plus</i>
87	3	99
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	DARZALEX	DENTA 5000 PLUS.....
87	15	99
<i>dabigatran etexilate</i>	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	<i>dentagel</i>
59	145	99
<i>dacarbazine</i>	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	DENTAGEL.....
15	145	99
<i>dactinomycin</i>	<i>daunorubicin</i>	DEPO-SUBQ PROVERA 104
15	15	142
DAILY GUMMIES.....	DAURISMO.....	DERMABASE
219	15	68
DAILY MULTIPLE FOR WOMEN	DAY MULTI-SYMP FLU-SEVERE COLD	DERMACERIN.....
219	159	68
<i>daily multi-vitamin</i>	DAYCLEAR ALLERGY RELIEF	DERMACINRX ATRIX 65, 75
237	159	DERMACINRX ATRIX SYSTEM 1
DAILY MULTIVITAMIN	DAYLOGIC ADVANCED HEALING	65
222	68	DERMACINRX FOLDITAM
DAILY MULTIVITAMIN WITH IRON.....	<i>daysee</i>	223
222	145	DERMACINRX FOLIFLEX
DAILY VALUE.....	DAYTIME COLD-FLU... ..	223
223	162, 165, 173	DERMACINRX FOLITIN-Z
DAILY VITAMIN FORMULA	DAYTIME COLD-FLU RELIEF (PE) ..	224
223	159, 162, 173	DERMACINRX FOLIXAPURE
DAILY VITAMIN FORMULA-IRON	DDROPS	224
223	223	DERMACINRX FOLTREXYL.....
DAILY VITAMIN FORMULA-MINERALS	<i>deblitane</i>	224
223	142	DERMACINRX RIBOTIN-E
DAILY VITAMIN WITH IRON	DECARA.....	224
223	223	DERMACINRX SKIN REPAIR COMPLEX.....
DAILY VITES/IRON	DECARA K.....	68
223	223	DERMACINRX ZINTREXYL-C.....
DAILY-VITE	<i>decitabine</i>	224
223	15	DERMAGRAN (ALUMINUM HYDROXIDE)
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID).....	DECONEX DMX.....	68
223	159	DERMAMED (ALUMINUM HYDROXIDE)
<i>dalfampridine</i>	DECONEX IR.....	68
30	159	DERMAPHOR
DALIRESP.....	DECUBI VITE.....	68
177	223	DESCOVY
<i>danazol</i>	DEEP SEA NASAL	3
108	99	<i>desipramine</i>
DANDRUFF SHAMPOO (PYRITHIONE)	<i>deferasirox</i>	48
81	87	<i>desmopressin</i>
DANDRUFF SHAMPOO (SELENIUM).....	<i>deferiprone</i>	108
65	87	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>
<i>dantrolene</i>	DEKAS BARIATRIC	145
32	223	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>
DANYELZA	DEKAS ESSENTIAL	145
15	223	<i>desonide</i>
<i>dapsone</i>	DEKAS PLUS (FOLIC ACID)	80
7	223	<i>desvenlafaxine succinate</i>
	DEKAS PLUS LIQUID	48
	DELSTRIGO.....	DEX4 GLUCOSE
	DELSYM 12 HOUR	87, 88
	DELSYM COUGH-CHEST CONGEST DM	
	159	
	DELSYM COUGH-SORE THROAT	
	159	
	DELTA D3	
	223	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

DEX4 GLUCOSE POUCH PACK	88	DIALYVITE 5000	224	DOCUSOL PLUS	115
DEX4 GLUCOSE QUICK DISSOLVE.....	88	DIALYVITE 800	224	<i>dofetilide</i>	55
<i>dexamethasone</i>	102	DIALYVITE 800-ULTRA D	224	DOK	115
<i>dexamethasone intensol</i>	102	DIALYVITE SUPREME D	224	<i>donepezil</i>	30
<i>dexamethasone sodium phos</i> (pf)	102	DIALYVITE VITAMIN D 224		<i>dopamine</i>	64
<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i>	102, 153	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX.....	224	<i>dopamine in 5 % dextrose</i>	63
<i>dexrazoxane hcl</i>	12	<i>diazepam</i>	26, 48, 49	DOPTELET (10 TAB PACK)	59
<i>dextroamphetamine-</i> <i>amphetamine</i>	48	<i>diazepam intensol</i>	49	DOPTELET (15 TAB PACK)	59
<i>dextromethorphan hbr</i>	159	<i>diazoxide</i>	103	DOPTELET (30 TAB PACK)	59
<i>dextromethorphan polistirex</i>	159	<i>diclofenac potassium</i>	39	<i>dorzolamide</i>	152
<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	163	<i>diclofenac sodium</i> ...	39, 68, 152	<i>dorzolamide-timolol</i>	152
DEXTROSE	87	<i>diclofenac-misoprostol</i>	39	<i>dotti</i>	142
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	88	<i>dicloxacillin</i>	10	DOUBLE ANTIBIOTIC (B.TRACN ZN)	76, 77
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	88	<i>dicyclomine</i>	111	DOVATO	3
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	88	DIFFERIN	75	<i>doxazosin</i>	56
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> 88		DIFICID	6	<i>doxepin</i>	49
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	88	diflunisal	39	<i>doxercalciferol</i>	108
<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i> <i>chloride</i>	88	DIGESTIVE HEALTH PROBIOTIC	112	<i>doxorubicin</i>	15
<i>dextrose 5%-0.3 %</i> <i>sod.chloride</i>	88	DIGESTIVE PROBIOTIC .	204	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ..	15
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	88	<i>digoxin</i>	63	<i>doxy-100</i>	11
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	88	<i>dihydroergotamine</i>	29	<i>doxycycline hyclate</i>	11
DHS ZINC.....	81	DILANTIN 30 MG	26	<i>doxycycline monohydrate</i>	11, 12
DIABETES HEALTH.....	224	<i>diltiazem hcl</i>	56	DRIMINATE.....	115
DIABETES HEALTH FORMULA	224	<i>dilt-xr</i>	56	DRISDOL.....	224
DIABETIC SUPPORT FORMULA	231	DIMAPHEN DM	159	DRIZALMA SPRINKLE	49
DIACOMIT	26	<i>dimenhydrinate</i>	114	<i>dronabinol</i>	115
DIALYVITE	224	<i>dimethyl fumarate</i>	30	<i>droperidol</i>	115
DIALYVITE 3000	224	DIPHEDRYL	159	<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i>	145
		<i>diphenhydramine hcl</i> ..	159, 160	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	145
		<i>diphenoxylate-atropine</i>	111	DROXIA.....	15
		<i>dipyridamole</i>	59	<i>droxidopa</i>	89
		<i>disulfiram</i>	89	DRY EYE FORMULA	224
		<i>divalproex</i>	26	DRY EYE RELIEF	149
		DML FORTE	68	DRY SKIN THERAPY(W- PETROLATUM).....	67
		<i>dobutamine</i>	63	DUAVEE.....	142
		<i>dobutamine in d5w</i>	63	DULERA.....	177
		<i>docetaxel</i>	15	<i>duloxetine</i>	49
		<i>docusate calcium</i>	114		
		<i>docusate sodium</i>	114		
		DOCUSATE SODIUM.....	114		
		DOCUSOL KIDS.....	115		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

DUPIXENT PEN	68	ELDERTONIC	224	ENEMA DISPOSABLE.....	115
DUPIXENT SYRINGE.....	68	<i>electrolyte-48 in d5w</i>	204	ENEMEEZ	115
DURAFLU	160	ELECTROLYTES-		ENEMEEZ PLUS.....	115
DUREX AVANTI BARE		DEXTROSE	191, 196	ENFAMIL ENFALYTE.....	190
REAL FEEL	134	<i>eletriptan</i>	29	ENGERIX-B (PF)	130
<i>dutasteride</i>	182	<i>elinst</i>	145	ENGERIX-B PEDIATRIC	
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	182	ELIQUIS	59	(PF)	130
D-VI-SOL.....	224	ELIQUIS DVT-PE TREAT		<i>enoxaparin</i>	59
E		30D START	59	<i>enpresse</i>	145
<i>e.e.s. 400</i>	6	ELITEK	12	<i>enskyce</i>	145
E-200	224	ELIXOPHYLLIN.....	177	ENSURE CLEAR	204
E-400 C-500 AND BETA		ELMIRON.....	182	ENSURE CLEAR	
CAROTENE.....	224	ELREXFIO.....	15	THERAPEUTIC	204
EAR DROPS (CARBAMIDE		<i>eluryng</i>	144	<i>entacapone</i>	29
PEROXIDE).....	101	ELZONRIS.....	15	<i>entecavir</i>	3
EAR WAX REMOVAL		EMCYT	15	ENTRESTO.....	64
DROPS	102	EMEND.....	115	ENTYVIO	115
EAR WAX REMOVAL KIT		EMERGEN-C.....	224, 225	<i>enulose</i>	115
.....	102	EMERGEN-C IMMUNE		ENVARBUS XR	15
EASIVENT HOLDING		PLUS	225	EPCLUSA	3
CHAMBER	134	EMERGEN-C KIDZ	225	EPIDIOLEX	26
EASIVENT MASK LARGE		EMERGEN-C MSM LITE.....	225	<i>epinastine</i>	149
.....	134	EMGALITY PEN.....	30	<i>epinephrine</i>	160
EASIVENT MASK MEDIUM		EMGALITY SYRINGE.....	30	<i>epirubicin</i>	15
.....	134	EMOLLIA	68	<i>epitol</i>	26
EASIVENT MASK SMALL		EMOLLIENT	68	EPKINLY	15
.....	134	EMPLICITI	15	<i>eplerenone</i>	57
<i>ec-naproxen</i>	39	EMSAM	49	EPRONTIA	26
<i>econazole</i>	78	<i>emtricitabine</i>	3	EPSOM SALT (LAXATIVE)	
ECONTRA EZ	145	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...	3	.....	115
ECONTRA ONE-STEP	145	EMTRIVA.....	3	ERBITUX.....	15
ED A-HIST	160	EMVERM	7	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> 226,	
ED A-HIST DM	160	<i>enalapril maleate</i>	56	254	
ED BRON GP	160	<i>enalaprilat</i>	56	ERGOCALCIFEROL	
ED CHLORPED JR	160	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>		(VITAMIN D2)	254
ED-APAP	39	.....	56, 57	<i>ergotamine-caffeine</i>	30
EDARBI.....	56	ENBREL	140	ERIVEDGE	16
EDARBYCLOR.....	56	ENBREL MINI	140	ERLEADA	16
EDURANT.....	3	ENBREL SURECLICK	140	<i>erlotinib</i>	16
<i>efavirenz</i>	3	ENDACOF - DM	160	<i>errin</i>	143
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 3		<i>endocet</i>	32	<i>ertapenem</i>	7
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		ENDUR-ACIN	61	ERWINASE	16
.....	3	ENDUR-VM IRON-FREE.....	225	<i>ery pads</i>	75
<i>effe-k</i>	190	ENDUR-VM WITH IRON	225	<i>ery-tab</i>	7
ELAPRASE.....	108	ENEMA.....	115, 122	<i>erythrocin (as stearate)</i>	7

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>erythromycin</i>	7, 148	<i>everolimus</i>		FER-IN-SOL	227
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	7	(immunosuppressive)	16	FERIVA 21-7	227
<i>erythromycin with ethanol</i>	75	EVOTAZ	3	FERIVA FA (WITH	
ESBRIET	177	<i>exemestane</i>	16	SUMALATE)	227
<i>escitalopram oxalate</i>	49	EXKIVITY	16	FEROSUL	227
<i>esmolol</i>	57	EYE HEALTH PLUS		FERREX 150	227
<i>esomeprazole magnesium</i> ..	126,	LUTEIN.....	219, 226	FERREX 150 FORTE	227
127, 128, 129		EYE ITCH RELIEF ..	149, 151	FERRIC X-150	227
<i>esomeprazole sodium</i>	126	EYEPROTECT	226	FERRLECIT	89
ESSENCE C	243	EYLEA	149	FERRO-TIME	227
ESSENTIA	226	<i>ezetimibe</i>	61	<i>ferrous gluconate</i> 219, 227, 235	
ESSENTIAL MAN	226	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	61	<i>ferrous sulfate</i>	219, 228, 235,
ESSENTIAL MAN 50 PLUS		EZFE 200	226	243	
.....	226	F		FERROUS SULFATE217, 241	
ESSENTIAL WOMAN 50		FA-8.....	227	FERROUS SULFATE, DRIED	
PLUS	226	FABB.....	227	(BULK).....	228
<i>estarylla</i>	145	FABRAZYME	108	<i>fesoterodine</i>	181
<i>estradiol</i>	143	<i>falmina (28)</i>	145	FETZIMA	49
<i>estradiol valerate</i>	143	<i>famciclovir</i>	3	FEVERALL.....	39, 40
<i>estradiol-norethindrone acet</i>		<i>famotidine</i>	126, 127	<i>fexofenadine</i>	160, 161, 165,
.....	143	<i>famotidine (pf)</i>	126	171, 173	
ESTRING	143	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>		<i>fexofenadine-pseudoephedrine</i>	
ESTROVEN MENOPAUSE		.....	126	.....	161
.....	226	FANAPT	49	FIBER (CALCIUM	
<i>eszopiclone</i>	49	FANTASY CONDOM.....	135	POLYCARBOPHIL).....	115,
<i>ethacrynate sodium</i>	57	FARXIGA	103	124	
<i>ethambutol</i>	7	FASENRA.....	177	FIBER LAXATIVE (CA	
<i>ethosuximide</i>	26	FASENRA PEN	178	POLYCARBO).....	115
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>		FAST ACTING NASAL....	100	FIBER	
.....	145	FC2 FEMALE CONDOM .	135	LAXATIVE(METHYLCEL	
<i>etodolac</i>	39	<i>febuxostat</i>	138	LULOS).....	118, 124
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		<i>felbamate</i>	26	FIBER THERAPY (M-	
.....	144	<i>felodipine</i>	57	CELL/SUGAR)	115
ETOPOPHOS.....	16	<i>fenofibrate</i>	61	FIBER THERAPY (M-	
<i>etoposide</i>	16	<i>fenofibrate micronized</i>	61	CELLULOSE).....	115
<i>etravirine</i>	3	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	61	FIBER THERAPY	
EUCERIN.....	68, 69	<i>fenofibric acid</i>	61	(PSYLLIUM-SUCRO)...	115
EUCERIN ADVANCED		<i>fenofibric acid (choline)</i>	61	FIBER-LAX	115
REPAIR HAND	68	<i>fentanyl</i>	33	FIBER-TABS	115
EUCERIN SKIN CALMING		<i>fentanyl citrate</i>	32	<i>finasteride</i>	182
.....	69	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	32	FINGER CREAM	70
EULEXIN.....	16	FEOSOL	227	<i>finlimod</i>	30
<i>euthyrox</i>	109	FERAHEME	227	FINTEPLA	26
<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	16	FERATE	227	FIRDAPSE	30
		FERGON	227		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

FIRMAGON KIT W	FLINTSTONES WITH IRON	<i>folic acid</i> ....219, 229, 230, 231, 233, 244, 246, 248
DILUENT SYRINGE 16	229	FOLIC ACID.....229, 230
FIRST AID ANTIBIOTIC ... 76	FLINTSTONES/EXTRA C228	FOLIC ACID (BULK) .....230
FIRST AID	FLONASE ALLERGY	FOLITE .....230
ANTISEPTIC(POVIDONE)	RELIEF 178	FOLIVANE-F.....230
..... 76	FLORAJEN ACIDOPHILUS	FOLOTYN .....16
FISH OIL... 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210	206	FOLTRATE.....230
FISH OIL EXTRA	FLORANEX.....206	<i>fomepizole</i>.....130
STRENGTH.....206	FLORIVA.....229	<i>fondaparinux</i>.....59
FISH OIL PEARLS.....206	FLORIVA PLUS.....229	<i>formoterol fumarate</i>.....178
FISH OIL-DHA-EPA.....228	FLOVENT DISKUS 178	FOSAMAX PLUS D.....139
<i>flac otic oil</i> 102	FLOVENT HFA..... 178	<i>fosamprenavir</i>.....3
FLANDERS BUTTOCKS ... 69	<i>floxuridine</i> 16	<i>fosaprepitant</i>.....116
<i>flavoxate</i> 181	FLU HBP.....161	<i>fosinopril</i>.....57
<i>flecainide</i> .....55	<i>fluconazole</i>.....2	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> .....57
FLEET BISACODYL 115	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .2	<i>fosphenytoin</i>.....26
FLEET ENEMA..... 115, 116	<i>flucytosine</i>.....2	FOTIVDA.....16
FLEET MINERAL OIL 116	<i>fludarabine</i> 16	FREEDAVITE .....230
FLEET PEDIATRIC 116	<i>fludrocortisone</i> 102	FREEZE DRIED
FLEXICHAMBER..... 135	<i>flumazenil</i> .....49	ACIDOPHILUS .....201
FLEXICHAMBER-LG	<i>flunisolide</i> 178	FRESHKOTE .....149
CHILD MASK 135	<i>fluocinolone</i> .....80	FRUCTOSE (BULK) .....89
FLEXICHAMBER-SM	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ..102	FULL SPECTRUM B-
ADULT MASK..... 135	<i>fluocinolone and shower cap</i> 80	VITAMIN C .....230
FLEXICHAMBER-SM	<i>fluocinonide</i> .....80	<i>fulvestrant</i> .....16
CHILD MASK 135	<i>fluocinonide-emollient</i>.....80	FUNGOID TINCTURE 78
FLINTSTONES COMPLETE	<i>fluoride (sodium)</i> .....99, 229	<i>furosemide</i> .....57
.....228	<i>fluorometholone</i>.....153	FUSION PLUS.....230
FLINTSTONES COMPLETE	<i>fluorouracil</i> 16, 69	FUZEON .....3
(IRON) .....228	<i>fluoxetine</i> .....49, 50	FYARRO.....17
FLINTSTONES GUMMIES	<i>fluoxetine (pmd)</i>.....49	<i>fyavolv</i>.....143
.....229	<i>fluphenazine decanoate</i> .....50	FYCOMPA.....26
FLINTSTONES GUMMIES	<i>fluphenazine hcl</i>.....50	G
OMEGA-3 .....229	<i>flurbiprofen</i>.....40	<i>gabapentin</i> .....26
FLINTSTONES MULTI-VIT	<i>flurbiprofen sodium</i> .....152	<i>galantamine</i> .....31
GUMMIES .....229	FLU-SEVERE COLD-	GALZIN .....190
FLINTSTONES	COUGH DAYTIME 161, 162	GAMASTAN .....130
MULTIVITAMIN.....229	<i>fluticasone propionate</i> 178	GAMASTAN S/D .....130
FLINTSTONES PLUS	FLUTICASONE	<i>ganciclovir sodium</i> .....3
CALCIUM .....228	PROPIONATE 178	GARDASIL 9 (PF).....130
FLINTSTONES SOUR	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> .....178	GAS RELIEF
GUMMIES .....229	<i>fluvastatin</i> .....61	(SIMETHICONE) .116, 118, 124
FLINTSTONES TAB CHEW	<i>fluvoxamine</i> .....50	
.....229		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

GAS RELIEF 80 (SIMETHICONE)..... 117	GILENYA .....31	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....104
GAS RELIEF EXTRA STRENGTH.. 116, 118, 122, 124	GILOTRIF.....17	H
GAS RELIEF ULTRA STRENGTH..... 116, 117	<i>glatiramer</i>.....31	H2Q .....85
GAS-X EXTRA STRENGTH 116	<i>glatopa</i>.....31	HAIR, SKIN AND NAILS ADVANCED.....231, 232
GAS-X ULTRA-STRENGTH 116	GLEOSTINE .....17	HAIR, SKIN AND NAILS- ARGAN OIL .....232
<i>gatifloxacin</i> 148	<i>glimepiride</i>.....103	HAIR,SKIN AND NAILS.246, 248
GATTEX 30-VIAL..... 116	<i>glipizide</i> .....103, 104	HAIR,SKIN AND NAILS(FA- BIOTIN) .....232, 233
GATTEX ONE-VIAL..... 116	<i>glipizide-metformin</i> 104	HAIR-SKIN-NAIL(VIT A,C- BIOTIN) .....232
GAUZE PAD 135	GLUCO BURST .....89	HAIR-SKIN-NAILS (MV-FA- BIOTIN) .....232
GAVILAX..... 116	<i>glucose</i> ...87, 89, 90, 91, 92, 93, 94	HALAVEN.....17
<i>gavilyte-c</i> 116	GLUCOSE GEL.....87, 93	<i>halobetasol propionate</i> .....80
<i>gavilyte-g</i> 116	GLUTAMINE (BULK).....91	<i>haloperidol</i> .....50
GAVISCON 117	GLUTATHIONE (BULK) ...91	<i>haloperidol decanoate</i> .....50
GAVISCON EXTRA STRENGTH..... 116	GLUTOSE-5 .....89	<i>haloperidol lactate</i>.....50
GAVRETO.....17	<i>glycerin</i> .....69	HARD NAILS .....232
GAZYVA .....17	GLYCERIN.....69	HARVONI.....3
<i>gefitinib</i>.....17	<i>glycerin (bulk)</i> .....69	HAVRIX (PF) .....130
<i>gemcitabine</i> 17	<i>glycine urologic</i>.....182	HEALTHY EYES .....231, 232
GEMCITABINE 17	<i>glycine urologic solution</i> ....182	HEALTHY EYES LUTEIN- ZEAXANTHIN .....232
<i>gemfibrozil</i>.....61	<i>glycopyrrolate</i> 111	HEALTHY EYES SUPERVISION .....231, 232
GENADEK.....230	<i>glycopyrrolate (pf) in water</i> 111	HEALTHY EYES SUPERVISION2 .....232
GENADEK STEP 1 .....230	<i>glydo</i> .....69	HEARTBURN RELIEF .....117
GENADEK STEP 2 .....230	GLYXAMBI .....104	HEARTBURN RELIEF (FAMOTIDINE).....127
<i>generlac</i> 117	GRALISE .....26, 27	<i>heather</i> .....143
<i>gengraf</i> 17	<i>granisetron (pf)</i>.....117	HEMA-COMBISTIX .....104
<i>gentamicin</i> .....8, 76, 148	<i>granisetron hcl</i> .....117	HEMATEX.....232, 233
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..8	GRAPE FLAVOR (BULK) .94	HEMATOGEN FA.....233
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..8	<i>griseofulvin microsize</i>.....2	HEMATOGEN FORTE .....233
GENTEAL TEARS MODERATE..... 149	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>....2	HEMOCYTE-F .....233
GENTEAL TEARS MODERATE (PF)..... 149	<i>guaifenesin</i>.....163	HEMOCYTE-PLUS.....233
GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT).. 149	GUAIFENESIN AC 163	HEMORRHOIDAL(PE-MIN OIL-PETRO) .....117
GENTLE LAXATIVE (BISACODYL) 117, 122, 124	GUMMI BEAR MULTIVITAMIN .....232	<i>heparin (porcine)</i> .....60
GENVOYA .....3	GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN .....232	
	GUMMY DINOS .....219	
	GVOKE 104	
	GVOKE HYPOPEN 1-PACK 104	
	GVOKE HYPOPEN 2-PACK 104	
	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....104	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>.....59, 60	HUMIRA(CF) .....141	<i>hydromorphone (pf)</i> .....33
<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i> .....60	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER.....140	HYDROPHILIC PETROLATUM .....69
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>.....60	HUMIRA(CF) PEN....140, 141	HYDROPHOR .....69
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL.....60	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS .....140	HYDROUS EMULSIFIED BASE.....69
<i>heparin, porcine (pf)</i> .....60	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....140	<i>hydroxocobalamin</i> .....234
HEPARIN, PORCINE (PF) .60	HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS.....140	HYDROXOCOBALAMIN (BULK).....234
HEPLISAV-B (PF) .....130	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN .....105	<i>hydroxychloroquine</i> .....8
HETLIOZ .....50	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....105	<i>hydroxyprogesterone caproate</i>.....143
HIBERIX (PF).....130	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN.....105	<i>hydroxyurea</i> .....17
HI-CAL PLUS VIT D .....198	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN .....105	<i>hydroxyzine hcl</i> .....166
HIGH POTENCY IRON....244	HUMULIN R REGULAR U- 100 INSULN .....105	HYPERHEP B.....130
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN .....233	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN .....105	HYPERHEP B NEONATAL.....130
HISTEX (TRIPROLIDINE) .....164	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....105	HYQVIA .....130
HISTEX DM .....164	HYCODAN (WITH HOMATROPINE).....165	HYRIMOZ CF (ONLY NDCS STARTING WITH 61314) .....141
HISTEX PD.....164	<i>hydralazine</i> .....57	HYRIMOZ PEN CROHN'S- UC STARTER.....141
HISTEX-AC.....164	HYDRALYTE.....191	HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER .....141
HIZENTRA .....130	HYDRASYN25.....69	HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER .....141
HONEY BEARS MULTIVITAMIN .....234	<i>hydrochlorothiazide</i>.....57	I
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 .....104	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 33	<i>ibandronate</i>.....139
HUMALOG KWIKPEN INSULIN.....104	<i>hydrocodone-</i> <i>chlorpheniramine</i> .....165	IBRANCE.....17
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 .....104	<i>hydrocodone-homatropine</i> .166	<i>ibu</i> .....42
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN .....104	HYDROCODONE- HOMATROPINE...165, 166	IBU-200 .....42
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN .....104	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....33	<i>ibuprofen</i> .40, 41, 42, 43, 45, 46
HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN .....104	<i>hydrocortisone</i> 80, 81, 102, 118	IBUPROFEN COLD- SINUS(WITH PSE).....171
HUMALOG U-100 INSULIN.....105	<i>hydrocortisone acetate</i> ...80, 81	IBUPROFEN IB .....41, 46
HUMIRA.....140	<i>hydrocortisone plus</i> .....81	<i>ibuprofen jr strength</i>.....43
HUMIRA PEN .....140	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .102	<i>ibutilide fumarate</i> .....55
HUMIRA PEN CROHNS-UC- HS START .....140	<i>hydrocortisone-aloe vera</i> ....81	I-CAPS .....234
HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS .....140	HYDROLATUM.....69	ICAPS AREDS.....234
	HYDROMET .....166	ICAPS AREDS2.....234
	<i>hydromorphone</i> .....33	ICAPS AREDS2 (COPPER CITRATE).....234
		ICAPS MV .....234
		ICAR.....234

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>icatibant</i>	178	INREBIC	18	ISOLYTE-P IN 5 %	
ICLUSIG	17	INSECT REPELLENT		DEXTROSE	207
<i>icosapent ethyl</i>	61	(DEET)	67	ISOLYTE-S	207
<i>idarubicin</i>	17	INSECT REPELLENT		<i>isoniazid</i>	8
IDHIFA	17	(PICARIDIN)	69	ISOPTO TEARS	149
IFEREX 150.....	234	INSULIN LISPRO	105	<i>isosorbide dinitrate</i>	64
IFEREX 150 FORTE	234	INSULIN PEN NEEDLE ..	135	<i>isosorbide mononitrate</i>	64
<i>ifosfamide</i>	17	INSULIN SYRINGE.....	135	<i>isosorbide-hydralazine</i>	57
ILARIS (PF).....	129	INSULIN SYRINGE		<i>isotretinoin</i>	75
<i>imatinib</i>	17	MICROFINE	135	<i>isradipine</i>	57
IMBRUVICA	17, 18	INSULIN SYRINGE-		ISTODAX.....	18
IMFINZI.....	18	NEEDLE U-100	135	ITCH RELIEF	69, 70
<i>imipenem-cilastatin</i>	8	INTEGRA F	234	<i>itraconazole</i>	2
<i>imipramine hcl</i>	50	INTEGRA PLUS.....	235	<i>ivermectin</i>	8, 75
<i>imipramine pamoate</i>	50	INTELENCE	3	I-VITE	235
<i>imiquimod</i>	69	INTESTINEX.....	207	IXEMPRA	18
IMJUDO.....	18	<i>intralipid</i>	207	IXIARO (PF)	131
IMMUNE SUPPORT.....	207	<i>introvale</i>	145	J	
IMOVAX RABIES VACCINE		INVEGA HAFYERA.....	50	JAKAFI	18
(PF).....	130	INVEGA SUSTENNA...50, 51		<i>jantoven</i>	60
<i>incassia</i>	143	INVEGA TRINZA	51	JANUMET	105
INCRELEX	90	INVELTYS	153	JANUMET XR.....	105
<i>indapamide</i>	57	INZO ANTIFUNGAL.....	78	JANUVIA.....	105
INFANRIX (DTAP) (PF)...	131	IPOLE	131	JARDIANCE	105
INFANT PAIN RELIEVER 43		<i>ipratropium bromide</i> ..	100, 178	<i>jasmie (28)</i>	145
INFANT'S		<i>ipratropium-albuterol</i>	178	JAYPIRCA	18
ACETAMINOPHEN	43	<i>irbesartan</i>	57	JEMPERLI	18
INFANTS GAS RELIEF ..	118,	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>jencycla</i>	143
124		.....	57	JEVTANA	18
INFANT'S IBUPROFEN	40,	IRESSA	18	<i>jinteli</i>	143
42, 43, 46		<i>irinotecan</i>	18	JOCK ITCH (TERBINAFINE)	
INFANTS' PAIN AND		<i>iron</i> .....231, 235, 244, 246, 248		.....	78
FEVER	40, 43, 46	IRON	235	<i>jolessa</i>	145
INFANTS' PAIN RELIEF ..	42,	<i>iron (ferrous sulfate)</i> .219, 233,		<i>juleber</i>	145
43		235		JULUCA.....	4
INFED	234	IRON CHEWS	235	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-	
INFUVITE ADULT	234	IRONUP	235	PROBIOTIC	235
INFUVITE PEDIATRIC....	234	IROSPAN 24/6.....	235	JUXTAPID	61
INGREZZA.....	31	IS-D-10,000.....	235	JYNNEOS (PF)(STOCKPILE)	
INGREZZA INITIATION		ISENTRESS	3	.....	131
PACK	31	ISENTRESS HD	4	K	
INJECTAFER	234	<i>isibloom</i>	145	KADCYLA.....	18
INLYTA	18	ISOLEUCINE (BULK).....	208	KALA	111
INPEFA.....	105	ISOLYTE S PH 7.4.....	207	<i>kalliga</i>	145
INQOVI.....	18			KALYDECO	179

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

KANUMA.....	108	KONSYL DAILY FIBER		<i>latanoprost</i>	152
<i>kariva (28)</i>	146	(STEVIA).....	118	LATUDA.....	51
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	146	KONSYL SUGAR-FREE ..	118	LAXATIVE (BISACODYL)	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	146	KORLYM.....	108	.....	118, 119
KEPIVANCE	12	<i>kourzeq</i>	100	LAXATIVE (SENNOSIDES)	
KERADAN	70	K-PAX IMMUNE SUPPORT		.....	119
KERENDIA	57	.....	235	L-CITRULLINE.....	208
<i>ketoconazole</i>	2, 79	K-PHOS NO 2.....	182	<i>leflunomide</i>	141
KETO-DIASTIX.....	105	K-PHOS ORIGINAL	182	<i>lenalidomide</i>	19
KETONE CARE	103	KRAZATI	19	LENVIMA.....	19
<i>ketorolac</i>	152	KRYSTEXXA.....	138	<i>lessina</i>	146
KETOTIFEN FUMARATE		<i>kurvelo (28)</i>	146	<i>letrozole</i>	19
.....	149	KYPROLIS	19	<i>leucovorin calcium</i>	12
KEYTRUDA.....	18	L		LEUKERAN.....	19
KHAPZORY	12	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>		LEUKINE.....	129
KIDS' GUMMY	219	.....	146	<i>leuprolide</i>	19
KIDS MULTIVITAMIN-		L.ACIDOPHILUS-		<i>levalbuterol hcl</i>	179
MINERALS	235	BIFIDO.LONGUM	110	<i>levetiracetam</i>	27
KIDS VITAMIN D3	235	<i>labetalol</i>	57	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	
KIMMTRAK.....	18	LABSTIX REAGENT	105	.....	27
KIMONO CONDOMS(NON-		<i>lacosamide</i>	27	<i>levobunolol</i>	148
LUBRICATED)	135	<i>lactated ringers</i>	86, 191	<i>levocarnitine</i>	91
KIMONO MICROTHIN		LACTOBAC ACIDOPH-		LEVOCARNITINE (BULK)90	
AQUA LUBE CON	135	FRUCTOOLIGOS.....	110	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	91
KIMONO MICROTHIN		LACTOBACILLUS		<i>levocetirizine</i>	166
CONDOMS.....	135	ACIDOPHILUS	201, 203,	<i>levofloxacin</i>	11, 148
KIMONO MICROTHIN		207, 210		<i>levofloxacin in d5w</i>	11
LARGE CONDOMS.....	135	LACTOBACILLUS		<i>levoleucovorin calcium</i>	12
KIMONO TEXTURED		ACIDOPH-L.BULGAR.	207	<i>levonest (28)</i>	146
CONDOMS.....	135	LACTOSE (BULK)	90	<i>levonorgestrel</i>	146
KINDERLYTE.....	191	<i>lactulose</i>	119	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	
KINRIX (PF).....	131	LAMISIL AT	79	.....	146
KISQALI.....	18, 19	<i>lamivudine</i>	4	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	
KISQALI FEMARA CO-		<i>lamivudine-zidovudine</i>	4	.....	146
PACK	18	<i>lamotrigine</i>	27	<i>levora-28</i>	146
<i>klor-con 10</i>	191	<i>lansoprazole</i>	127, 129	<i>levo-t</i>	109
<i>klor-con 8</i>	191	LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>levothyroxine</i>	109, 110
<i>klor-con m10</i>	191	INSULIN	105	<i>levoxyl</i>	110
<i>klor-con m15</i>	191	LANTUS U-100 INSULIN	105	LEXIVA	4
<i>klor-con m20</i>	191	<i>lapatinib</i>	19	L-GLUTAMINE.....	91
<i>klor-con oral packet 20</i>	191	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	146	LIBTAYO.....	19
<i>klor-con/ef</i>	191	<i>larin 1/20 (21)</i>	146	LICE KILLING	81, 82
KOMBIGLYZE XR.....	105	<i>larin 24 fe</i>	146	LICE TREATMENT	82
KONSYL (SUGAR)	119	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	146	LICE TREATMENT	
		<i>larin fe 1/20 (28)</i>	146	(PERMETHRIN).....	82

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>lidocaine</i>.....70	LORATADINE-D .....166, 171,	LYSIPLEX PLUS .....235
LIDOCAINE .....70	173	LYSODREN.....19
<i>lidocaine (pf)</i> .....55, 70	<i>lorazepam</i> .....51	LYTGOBI.....19
<i>lidocaine hcl</i> .....70	<i>lorazepam intensol</i> .....51	LYUMJEV KWIKPEN U-100
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i>	LORBRENA .....19	INSULIN .....105
.....55	LORTUSS LQ.....166	LYUMJEV KWIKPEN U-200
<i>lidocaine viscous</i> .....70	<i>loryna (28)</i> .....146	INSULIN .....105
<i>lidocaine-epinephrine</i>.....70	<i>losartan</i>.....57	LYUMJEV U-100 INSULIN
<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i> ....70	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	106
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....70	57	<i>lyza</i>.....143
<i>lincomycin</i> .....8	<i>loteprednol etabonate</i>.....153	M
<i>linezolid</i> .....8	<i>lovastatin</i> .....61	MACULAR BENEFITS ....235
<i>linezolid in dextrose 5%</i>.....8	<i>low-ogestrel (28)</i> .....146	MACULAR HEALTH
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	<i>loxapine succinate</i> .....51	FORMULA.....235
.....8	<i>lo-zumandimine (28)</i>.....146	MACUVITE EYE CARE...235
LINZESS.....119	<i>lubiprostone</i>.....119	MACUVITE WITH LUTEIN
LIORESAL.....32	LUBRICANT EYE .....150	235
<i>liothyronine</i> .....110	LUBRICANT EYE (PG-PEG	MAG 64.....192
LIP BALM BASE (BULK) .70	400).....149, 150, 151	MAG-AL .....119
LIQ-10.....85, 208	LUBRICANT EYE DROPS	MAG-AL PLUS .....119
LIQUID CALCIUM WITH	149	MAG-AL PLUS EXTRA
VITAMIN D.....192	LUBRICATING PLUS .....149,	STRENGTH .....119
<i>lisinopril</i> .....57	150, 151	MAG-DELAY .....192
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	LUMAKRAS.....19	MAG-G.....192
.....57	LUMIGAN .....152	<i>magnesium chloride</i>.....192
L-ISOLEUCINE.....208	LUMIZYME .....108	MAGNESIUM CHLORIDE
<i>lithium carbonate</i> .....51	LUMOXITI .....19	192
<i>lithium citrate</i> .....51	LUNSUMIO .....19	MAGNESIUM CHLORIDE
LITTLE REMEDIES .....100	LUPRON DEPOT .....19	(BULK).....192
LITTLE REMEDIES SALINE	LUPRON DEPOT (3	<i>magnesium citrate</i> .....118, 119,
MIST .....100	MONTH).....19	122, 124
LIVALO .....61	LUPRON DEPOT (4	MAGNESIUM CITRATE..192
LOHIST - D .....166	MONTH).....19	<i>magnesium gluconate</i> .....192
LOHIST-DM.....166	LUPRON DEPOT (6	MAGNESIUM GLUCONATE
LOKELMA .....91	MONTH).....19	192
LOLLIBASE .....91	LUPRON DEPOT-PED .....19	MAGNESIUM HYDROXIDE
LONSURF.....19	LUPRON DEPOT-PED (3	120, 124
<i>loperamide</i>.....111, 112	MONTH).....19	MAGNESIUM L-LACTATE
LOPERAMIDE .....111, 112	<i>lurasidone</i>.....51	119
<i>lopinavir-ritonavir</i>.....4	<i>lutra (28)</i> .....146	<i>magnesium oxide</i> .....119, 189,
<i>loratadine</i> ..161, 165, 166, 171,	L-VALINE .....208	190, 192, 193, 198, 199
173	<i>lyleq</i> .....143	MAGNESIUM OXIDE .....119,
LORATADINE .157, 164, 166,	<i>lyllana</i> .....143	190, 192, 193
173	LYNPARZA.....19	<i>magnesium sulfate</i> .....193
LORATA-DINE D.....173	LYSINE HCL (BULK) .....208	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

MAGNESIUM SULFATE IN D5W 193	MEGA MULTIVITAMIN FOR MEN 231, 236	<i>mesna</i> 12
<i>magnesium sulfate in water</i> 193	MEGARED KIDS 208	MESNEX 12
MAGOX 193	MEGAVITE 236	<i>metformin</i> 106
MAGTAB 119	MEGAVITE GOLDEN YEARS 55 PLUS 236	<i>methadone</i> 33
<i>malathion</i> 82	<i>megestrol</i> 19	<i>methadone intensol</i> 33
<i>manganese chloride</i> 193	MEKINIST 20	<i>methadose</i> 33
<i>mannitol 20 %</i> 57	MEKTOVI 20	<i>methazolamide</i> 152
<i>mannitol 25 %</i> 57	<i>meloxicam</i> 43, 44	<i>methenamine hippurate</i> 12
MAPAP (ACETAMINOPHEN) 43	<i>melpalalan</i> 20	<i>methenamine mandelate</i> 12
MAPAP COLD FORMULA 166	<i>melpalalan hcl</i> 20	<i>methimazole</i> 103
<i>maraviroc</i> 4	<i>memantine</i> 31	METHOCEL E 4 M 150
MAR-COF BP 166	MEN 50 PLUS ADVANCED ONE DAILY 219, 233	<i>methotrexate sodium</i> 20
MAR-COF CG 166	MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN 236	<i>methotrexate sodium (pf)</i> 20
MARGENZA 19	MENACTRA (PF) 131	<i>methoxsalen</i> 70
<i>marlissa (28)</i> 146	M-END DMX 167	<i>methsuximide</i> 27
MARPLAN 51	MENEST 143	<i>methylcellulose 1500cps (bulk)</i> 91
MATULANE 19	MENQUADFI (PF) 131	<i>methylcellulose 4000cps (bulk)</i> 91
<i>matzim la</i> 57	MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA 236	METHYLCELLULOSE 4000CPS (BULK) 91
MAXICHLOR PEH DM 166	MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN 236	METHYLCELLULOSE 400CPS (BULK) 91
MAXI-DEET 74	MEN'S DAILY 236	<i>methylergonovine</i> 148
MAXIFED 166	MEN'S DAILY FORMULA 236	<i>methylphenidate hcl</i> 51, 52
MAXIFED TR 167	MEN'S DAILY GUMMIES 219	<i>methylprednisolone</i> 102
MAXIMIN PACK 235	MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES 236	<i>methylprednisolone acetate</i> 102
MAXIMUM D3 235	MEN'S ONE DAILY 219, 225, 233, 244	<i>methylprednisolone sodium succ</i> 102
MAXI-TUSS AC 167	MEN'S PACK 236	<i>metoclopramide hcl</i> 120
MAXI-TUSS CD 167	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 131	<i>metolazone</i> 57
MAXI-TUSS G 167	MEPHYTON 60	<i>metoprolol succinate</i> 57
MAXI-TUSS GMX 167	MEPSEVII 108	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> 57
MAXI-TUSS JR 167	<i>mercaptopurine</i> 20	<i>metoprolol tartrate</i> 57
MAXI-TUSS PE 167	MERIBIN 236	<i>metro i.v.</i> 8
MAXI-TUSS PE JR 167	<i>meropenem</i> 8	<i>metronidazole</i> 8, 75, 144
MAXI-TUSS PE MAX 167	<i>mesalamine</i> 119, 120	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> 8
MAXI-TUSS TR 167	<i>mesalamine with cleansing wipe</i> 120	<i>metyrosine</i> 57
<i>m-dryl</i> 167		<i>mexiletine</i> 55
M-DRYL 167		MGO 193
<i>meclizine</i> 119		<i>micafungin</i> 2
MEDI-LYTE 193		MICLARA DM 167
<i>medroxyprogesterone</i> 143		MICLARA LQ 167
<i>mefloquine</i> 8		<i>miconazole nitrate</i> 79, 144
MEGA BIOTIN 236		
MEGA MULTI FOR WOMEN 231, 236		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

MICONAZOLE NITRATE	144	<i>molindone</i>	52	MUCINEX FAST-MAX DM	
<i>miconazole-3</i>	144	<i>mometasone</i>	81, 179	MAX	168
MICONAZOLE-3	144	<i>mondoxylene nl</i>	12	MUCINEX FAST-MAX NITE	
MICONAZOLE-7	144	MONJUVI	20	COLD-FLU	168
MICOTRIN AL	79	MONOCAPS	236	MUCINEX FREEFROM	
MICROCHAMBER	135	MONOFERRIC	236	COLD-FLU D-N	168
MICRODERM BASE		<i>mono-lynyah</i>	146	MUCINEX FREEFROM DAY	
CREAM	70	<i>montelukast</i>	179	COLD-FLU	168
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	146	MORE-DOPHILUS	208	MUCINEX FREEFROM NT	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	146	<i>morphine</i>	34	COLD-FLU	168
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	146	<i>morphine (pf)</i>	34	MUCINEX NIGHTSHFT	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	146	<i>morphine concentrate</i>	34	SEVR CLD-FLU	168
MICRO-GUARD	79	MOTTEGRITY	120	MUCINEX NIGHTSHIFT	
MICROLIFE PEAK FLOW		MOTION SICKNESS	118, 124	COLD-FLU	168
METER	135	MOTION SICKNESS		MUCINEX NIGHTSHIFT	
MICROSOME BASE CREAM		(MECLIZINE)	124	SINUS	168
	70	MOTION SICKNESS RELIEF		MUCINEX SINUS-MAX	100
<i>midodrine</i>	91		120	MUCINEX SINUS-MAX	
<i>mifepristone</i>	144	MOTION SICKNESS		CNG-PAIN(DM)	168
<i>mili</i>	146	RELIEF(MECLIZ)	118, 120	MUCINEX SINUS-MAX DY-	
MILK OF MAGNESIA	117, 118, 120, 122, 124	MOTION-TIME	120	NT (DXYL)	168
<i>milltrium senior</i>	236	MOUNJARO	106	MUCINEX SINUS-MAX	
<i>milrinone</i>	64	MOVANTIK	120	NITE CONGEST	168
<i>milrinone in 5 % dextrose</i>	64	<i>moxifloxacin</i>	11, 148	MUCINEX SINUS-MAX	
<i>mimvey</i>	143	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	11	PRESSURE-CGH	169
<i>mineral oil</i>	120, 122	MOZOBIL	129	MUCINEX SINUS-MAX SEV	
MINERIN CREME	70	M-PAP	44	CONGESTN	169
MINI WRIGHT PEAK FLOW		MUCINEX	167, 168	MUCOSA	169
METER	136	MUCINEX COLD,FLU,SORE		MUCOSA DM	169
<i>minocycline</i>	12	THROAT	167	MUCUS D	169
<i>minoxidil</i>	57	MUCINEX D	167	MUCUS DM	169
MINTOX MAXIMUM		MUCINEX D MAXIMUM		MUCUS DM MAX ER	165, 169
STRENGTH	120	STRENGTH	167	MUCUS RELIEF	169, 171
MINTOX PLUS	120	MUCINEX DM	167	MUCUS RELIEF COUGH	174
<i>miostat</i>	152	MUCINEX FAST-MAX		MUCUS RELIEF DM	171
<i>mirtazapine</i>	52	COLD-FLU	168	MUCUS RELIEF DM	
<i>misoprostol</i>	127	MUCINEX FAST-MAX		COUGH	169
<i>mitomycin</i>	20	COLD-FLU-THRT	168	MUCUS RELIEF DM MAX	
<i>mitoxantrone</i>	20	MUCINEX FAST-MAX			169
M-M-R II (PF)	131	CONGEST-COUGH	168	MUCUS RELIEF ER	165, 169, 171, 174
<i>modafinil</i>	52	MUCINEX FAST-MAX		MUCUS RELIEF PE	169
<i>moexipril</i>	57	CONG-HA (DM)	168	MUCUS-ER MAX	174
MOISTURIZING CREAM	68, 70	MUCINEX FAST-MAX			
		DAY-NT(DOXYL)	168		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

MULTI COMPLETE WITH IRON.....236	MVW COMPLETE FORMULATION D3000.....237	NASAL DECONGESTANT (PE).....162, 165, 169, 174
MULTI FOR HER .....236	MVW COMPLETE FORMULATION D5000.....237	NASAL DECONGESTANT (PSEUDOEPH) .....162, 165, 169, 174
MULTI FOR HER 50 PLUS.....236	MX-SOL.....91	NASAL FOUR .....99, 100
MULTI VITAMIN.....237	MX-SOL BLEND .....94	NASAL MIST .....99, 100, 101
MULTI-DAY PLUS MINERALS .....236	MX-SOL BLEND SF .....94	NASAL MOISTURIZING...99
MULTI-DAY WITH IRON.....236	MX-SOL SF .....94	NASAL SPRAY (OXYMETAZOLINE) ....99, 100, 101
<i>multiple vitamin-minerals</i> ..237	MX-SOL SUSPEND.....94	NASAL SPRAY (SODIUM CHLORIDE).....99
<i>multiple vitamins</i> .....236, 237	MY CHOICE.....146	NASAL SPRAY 12HR(OXYMETAZOLINE.....100, 101
MULTISTIX .....106	MY WAY .....146	NASAL SPRAY EXTRA MOISTURIZING ...100, 101
MULTISTIX 10 SG .....106	MYALEPT .....108	NASAL SPRAY SINUS ....101
MULTISTIX 5 .....106	<i>mycophenolate mofetil</i>.....20	NASCOBAL.....238
MULTISTIX 7 .....106	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .20	NASOGEL .....100
MULTISTIX 8 SG .....106	<i>mycophenolate sodium</i> .....20	NASOPEN PE .....169
MULTISTIX 9 .....106	MYFERON 150 .....238	NATACYN.....148
MULTISTIX 9 SG .....106	MYLOTARG .....20	<i>nateglinide</i> .....106
MULTIVIT WITH MIN- FOLIC ACID.....222	MYRBETRIQ .....181	NATPARA .....108
<i>multivitamin</i>.....237, 246	MY-VITALIFE .....238	NATRAPEL .....70, 74
<i>multivitamin 50 plus</i> .....243	N	NATURA-LAX.....122
<i>multivitamin with folic acid</i> 236	<i>nabumetone</i> .....44	NAYZILAM.....27
<i>multivitamin with iron</i> .....236	<i>nadolol</i>.....57	<i>nebivolol</i> .....57
<i>multivitamin with minerals</i> .237	<i>nafticillin</i>.....10	NEEDLES, INSULIN DISP.,SAFETY .....136
MULTIVITAMIN WOMEN 50 PLUS .....237	<i>nafticillin in dextrose iso-osm</i> .10	<i>nefazodone</i> .....52
<i>multi-vitamins with iron</i> ....237	<i>naftifine</i>.....79	<i>nelarabine</i>.....20
MULTIVITAMIN-ZINC- STRESS.....237	NAFTIN .....79	<i>neomycin</i>.....8
MULTI-VITE.....237	NAGLAZYME.....108	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>.....153
MULTIVIT-MIN-FERROUS FUMARATE .....237	<i>nalbuphine</i> .....44	<i>neomycin-bacitracin- polymyxin</i>.....148
<i>multivit-min-iron fum-folic ac</i>.....237	<i>naloxone</i> .....44	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> .....86
<i>mupirocin</i> .....77	<i>naltrexone</i>.....44	<i>neomycin-polymyxin b- dexameth</i>.....153
MURO 128.....150	NAMZARIC.....31	<i>neomycin-polymyxin- gramicidin</i>.....148
MVASI.....20	NANO VM 1-3.....238	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....102, 153
MV-MIN-FOLIC ACID- LUTEIN .....237	NANO VM 4-8.....238	
MVW COMPLETE FORMUL MULTIVIT.....237	NANOVM 9-18.....238	
MVW COMPLETE FORMUL PEDIATRIC .....237	NANOVM T-F .....238	
	<i>naproxen</i> .....44	
	<i>naproxen sodium</i> 40, 42, 44, 45, 46	
	<i>naratriptan</i>.....30	
	NASADROPS .....100	
	NASAL DECONGESTANT (OXYMETAZL) .....100	
	<i>nasal decongestant (pe)</i>.....162	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>neo-polycin</i>	148	NINJACOF.....	170	NOVAFERRUM PEDIATRIC	
<i>neo-polycin hc</i>	153	NINJACOF-A.....	170	MV-IRON.....	238
NEOQ10.....	85	NINJACOF-XG.....	170	NOVAMV.....	238
NEPHPLEX RX.....	238	NINLARO.....	20	NOVOFINE 32.....	136
NEPHRON FA.....	238	<i>nisoldipine</i>	58	NOVOFINE PLUS.....	136
NEPHRONEX.....	238	<i>nitazoxanide</i>	8	NUBEQA.....	20
NEPHRO-VITE.....	238	NITE TIME COLD-FLU ..	174	NUCALA.....	179
NERLYNX.....	20	<i>nitisinone</i>	91	NUEDEXTA.....	31
NEUPRO.....	29	<i>nitro-bid</i>	64	NUFERA.....	238
NEUTROGENA HAND.....	70	<i>nitrofurantoin</i>	12	NU-IRON.....	238
<i>nevirapine</i>	4	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .	12	NULOJIX.....	20
NEW DAY.....	147	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>		NU-MAG.....	193
NEXLETOL.....	61	<i>cryst</i>	12	NUPLAZID.....	52
NEXLIZET.....	61	<i>nitroglycerin</i>	64	NURTEC ODT.....	30
NEXPLANON.....	144	<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>		<i>nyamyc</i>	79
<i>niacin</i>	61, 62, 63	.....	64	<i>nystatin</i>	2, 79
NIACIN.....	62	NIVANEX DMX.....	170	<i>nystatin-triamcinolone</i>	79
NIACIN (INOSITOL		NIVESTYM.....	129	<i>nystop</i>	79
NIACINATE).....	63	<i>nizatidine</i>	128	NYVEPRIA.....	129
<i>nicardipine</i>	58	NO DRIP.....	99, 100	O	
NICODERM CQ.....	95	NOHIST-DM.....	170	OCALIVA.....	120
NICOMIDE (SELENIUM-		NOHIST-LQ.....	170	OCREVUS.....	31
CHROMIUM).....	238	NON-ASPIRIN PAIN RELIEF		<i>octreotide acetate</i>	20
NICORETTE.....	95, 96	.....	45	OCULAR VITAMINS.....	238
<i>nicotine</i>	95, 96, 97, 98	<i>nora-be</i>	143	OCUTABS.....	238
<i>nicotine (polacrilex)</i> 94, 95, 96,		NOREL AD.....	170	OCUVITE ADULT 50 PLUS	
97, 98		<i>norepinephrine bitartrate</i>	64	.....	238
NICOTINE (POLACRILEX)		<i>norethindrone (contraceptive)</i>		OCUVITE EYE HEALTH.....	238
.....	95	.....	143	OCUVITE EYE PLUS MULTI	
NICOTROL.....	98	<i>norethindrone acetate</i>	143	.....	238
NICOTROL NS.....	98	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		OCUVITE LUTEIN AND	
<i>nifedipine</i>	58	.....	143, 147	ZEAXANTHIN.....	238
NIFEREX (SUMALATE-		<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>		OCUVITE WITH LUTEIN.....	238
QUATREFOLIC).....	238	.....	147	ODEFSEY.....	4
NIGHT TIME COLD AND		<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>		ODOMZO.....	20
FLU RELIEF.....	165, 170	.....	147	OFEV.....	179
NIGHTTIME COLD-FLU 162,		<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	147	OFF ACTIVE.....	70, 74
170		<i>nortrel 1/35 (21)</i>	147	OFF DEEP WOODS.....	70, 74
NIGHTTIME COLD-FLU		<i>nortrel 1/35 (28)</i>	147	OFF DEEP WOODS DRY...71	
RELIEF.....	162, 170	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	147	OFF DEEP WOODS	
NIGHTTIME COUGH.....	162,	<i>nortriptyline</i>	52	SPORTSMEN.....	71
170		NORVIR.....	4	OFF FAMILYCARE (WITH	
<i>nikki (28)</i>	147	NOSE DROPS.....	99, 101	DEET).....	71
<i>nilutamide</i>	20	NOVAFERRUM.....	238	OFF FAMILYCARE(WITH	
<i>nimodipine</i>	58	NOVAFERRUM 50.....	238	PICARIDIN).....	71, 74

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>ofloxacin</i>	102, 148	OMNIPOD GO PODS 10	ONE DAILY MULTIVIT-
OJJAARA.....	20	UNITS/DAY	IRON(FOLIC).....
<i>olanzapine</i>	52	OMNIPOD GO PODS 15	ONE DAILY PLUS IRON..
<i>olanzapine-fluoxetine</i>	52	UNITS/DAY	239
<i>olmesartan</i>	58	OMNIPOD GO PODS 20	ONE DAILY PLUS
<i>olmesartan-amlodipin-</i>		UNITS/DAY	MINERALS.....
<i>hctiazid</i>	58	OMNIPOD GO PODS 25	239
<i>olmesartan-</i>		UNITS/DAY	ONE DAILY WOMEN 50
<i>hydrochlorothiazide</i>	58	OMNIPOD GO PODS 30	PLUS
<i>olopatadine</i>	150	UNITS/DAY	239, 240
<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i> ..	208,	OMNIPOD GO PODS 40	ONE DAILY WOMEN 50
209		UNITS/DAY	PLUS(VIT K) .219, 226, 233
OMEGA 3-DHA-EPA-FISH		OMNITROPE.....	ONE DAILY WOMEN'S ..219,
OIL	204, 205, 206, 208	129	240, 244
OMEGA ESSENTIALS		ONCASPAR.....	ONE DAILY WOMENS 50
BASIC	208	20	PLUS
OMEGA-3	208	ONCOVITE.....	240
OMEGA-3 (WITH DPA)...	208	121	ONE DAILY WOMEN'S
OMEGA-3 2100.....	208	<i>ondansetron hcl</i>	METABOLISM.....
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	62	121	231, 239
<i>omega-3 fatty acids</i>	62	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	ONE-A-DAY ENERGY
<i>omega-3 fatty acids-fish oil</i>		121	240
.....	204, 208	ONE DAILY	ONE-A-DAY KID'S.....
OMEGA-3 FATTY ACIDS-		231, 239	240
FISH OIL.....	203, 204, 205,	ONE DAILY	ONE-A-DAY MEN
208, 209, 210		CALCIUM/IRON.....	VITACRAVES.....
OMEGA-3 FISH OIL.....	208	239	240
OMEGA-3S-DHA-EPA-FISH		ONE DAILY COMPLETE	ONE-A-DAY MENOPAUSE
OIL .204, 205, 206, 208, 209		239	FORMULA.....
OMEGAPURE-780 EC.....	209	ONE DAILY ENERGY	240
OMEGAPURE-900 EC.....	209	244	ONE-A-DAY MEN'S 50
<i>omeprazole</i>	127, 128, 129	ONE DAILY ESSENTIAL	PLUS
<i>omeprazole magnesium</i>	128	.....	240
OMNICAP	238	219, 239, 244	ONE-A-DAY MEN'S
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT		ONE DAILY FOR MEN....	50PLUS(GINKGO).....
(GEN 5).....	136	239	240
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN		ONE DAILY FOR MEN 50	ONE-A-DAY MEN'S
5).....	136	PLUS ADV.....	COMPLETE
OMNIPOD CLASSIC PODS		239	240
(GEN 3).....	136	ONE DAILY FOR WOMEN	ONE-A-DAY MEN'S
OMNIPOD DASH INTRO		.....	MULTIVITAMIN
KIT (GEN 4)	136	ONE DAILY HEALTHY	240
OMNIPOD DASH PODS		WEIGHT	ONE-A-DAY PROACTIVE
(GEN 4).....	136	239	65 PLUS
OMNIPOD GO PODS	136	ONE DAILY MAXIMUM239,	240
		244	ONE-A-DAY TEEN
		ONE DAILY MEN'S 50 PLUS	ADVANTAGE
		MEMORY	240
		239	ONE-A-DAY TEEN HER
		ONE DAILY MEN'S 50 PLUS	VITACRAVES.....
		W-D3	240
		225, 239, 244	ONE-A-DAY TEEN HIM
		ONE DAILY MULTI-VIT W-	VITACRAVES.....
		MINERAL.....	240
		239, 241	ONE-A-DAY VITACRAVES
		ONE DAILY	.....
		MULTIVITAMIN ..239, 241	ONE-A-DAY VITACRAVES
		241	IMMUNITY
		ONE DAILY	240
		MULTIVITAMIN-IRON	ONE-A-DAY VITACRAVES
		.....	OMEGA-3
		241	240

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

ONE-A-DAY WEIGHTSMART	240	ORALYTE	194	OZEMPIC.....	106
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES.....	240	ORA-PLUS	94	OZURDEX	153
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS	241	ORA-SWEET	91	P	
ONE-A-DAY WOMEN'S ACTIVE	241	ORA-SWEET SF	91	<i>pacerone</i>	55
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN.....	241	ORAZINC	194	<i>paclitaxel</i>	21
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES	241	ORENCIA	142	PADCEV	21
ONE-DAILY MULTI	241	ORENCIA (WITH MALTOSE).....	141	PAIN RELIEF (ACETAMINOPHEN)	40, 41, 42, 44, 45, 46
ONE-PER-DAY OMEGA-3	208	ORENCIA CLICKJECT	141	PAIN RELIEF ES (ACETAMINOPHEN)	40, 42, 44
ONGLYZA.....	106	ORGOVYX.....	21	PAIN RELIEVER (ACETAMINOPHEN)	42, 46
ONIVYDE.....	20	ORIGINAL NASAL SPRAY	100	PAIN RELIEVER ES(ACETAMINOPHN)..	40, 42, 44, 46
ONUREG	20	ORKAMBI.....	179	<i>paliperidone</i>	52
OPCICON ONE-STEP	147	ORLADEYO	179	<i>palonosetron</i>	121
OPDIVO.....	20	ORSERDU	21	<i>pamidronate</i>	108
OPDUALAG.....	20	ORTHO-TABS.....	241	PANDA MASK.....	136
<i>opium tincture</i>	112	OS-CAL 500 + D3	194	PANRETIN	71
OPSUMIT	179	<i>oseltamivir</i>	4	<i>pantoprazole</i>	128
OPTICHAMBER DIAMOND VHC	136	<i>osmitrol 20 %</i>	58	<i>paraplatin</i>	21
OPTICHAMBER DIAMOND- MED MSK	136	OTEZLA	142	<i>paricalcitol</i>	108
OPTICHAMBER DIAMOND- SML MASK	136	OTEZLA STARTER.....	142	<i>paromomycin</i>	8
OPTIFAST	241	OVEGA-3.....	209	<i>paroxetine hcl</i>	52
OPTIMAL D3	241	OVIDREL	108	PARVLEX.....	241
OPTIMAL D3 M.....	241	<i>oxacillin</i>	10	PASER.....	8
OPTION-2.....	147	<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	10	PCCA EMOLLIENT BASE.	71
OPTISOURCE	241	<i>oxaliplatin</i>	21	PEAK AIR PEAK FLOW METER.....	136
OPURITY MULTIVITAMIN	241	<i>oxaprozin</i>	44	PEDI MULTIVIT NO.194- IRON SULF.....	241
ORA-BLEND.....	94	<i>oxcarbazepine</i>	27	PEDIA D-VITE	241
ORA-BLEND SF	91	OXERVATE	150	PEDIA IRON.....	241
ORACIT	182	<i>oxybutynin chloride</i>	181	PEDIA POLY-VITE	241
ORAL MIX	91	<i>oxycodone</i>	34	PEDIA POLY-VITE WITH IRON	241
ORAL MIX SF.....	94	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	34	PEDIA TRI-VITE	241
ORAL SUSPEND	91	OXYCONTIN	34	PEDIACLEAR PD	170
ORAL SYRUP	91	OXYTROL FOR WOMEN	181	PEDIA-LAX (MAG HYDROXIDE).....	116
ORAL SYRUP SF.....	91	OYSCO 500/D	194		
<i>oralone</i>	100	OYSTER SHELL + D3	183, 195		
		OYSTER SHELL CALCIUM	74, 194, 198		
		OYSTER SHELL CALCIUM 500.....	194, 195		
		OYSTER SHELL CALCIUM- VIT D3	194, 195		
		OYSTERCAL-D	195		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

PEDIA-LAX STOOL	PERJETA	21	<i>pimtrex</i> (28)	147
SOFTENER.....	<i>permethrin</i>	82	PINAWAY	8
PEDIALYTE	<i>perphenazine</i>	52	<i>pindolol</i>	58
PEDIALYTE ADVANCED	PERSERIS.....	52	PINK BISMUTH.....	112
CARE	PERSONAL BEST FULL		PINWORM TREATMENT	7, 8
PEDIALYTE FREEZER	RANGE	137	<i>pioglitazone</i>	106
POPS	PERSONAL BEST LOW		<i>piperacillin-tazobactam</i>	11
PEDIALYTE SINGLES	RANGE	137	PIQRAY	21
PEDIARIX (PF)	PETROLATUM.....	71	<i>pirfenidone</i>	179
PEDIATRIC ELECTROLYTE	PFCB	71	<i>piroxicam</i>	44
190, 191, 195, 196, 198, 199	<i>pfizerpen-g</i>	11	PLAN B ONE-STEP	147
PEDIATRIC FREEZER POPS	PHARBEDRYL	170	<i>plasbumin 25 %</i>	183
.....	PHARBETOL	44	<i>plasbumin 5 %</i>	183
PEDIATRIC	PHARMABASE.....	71	PLASMA-LYTE 148	209
MULTIVITAMIN NO.171	PHARMABASE COSMETIC		PLASMA-LYTE A	209
.....	.....	71	<i>plasmanate</i>	209
PEDIATRIC PANDA MASK	PHARMABASE LIGHT.....	71	PLEGRIDY	129, 130
.....	PHARMABASE NATURAL		PLENAMINE	209
PEDIAVANCE .....	.....	71	<i>plerixafor</i>	130
PEDIAVENT	PHARMABASE VAGINAL	71	PNA-HRT BASE CREAM ..	71
PEDVAX HIB (PF).....	<i>phenelzine</i>	52	POCKET CHAMBER.....	137
<i>peg 3350-electrolytes</i>	<i>phenobarbital</i>	27	POCKET PEAK FLOW	
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	<i>phenobarbital sodium</i>	27	METER.....	137
.....	<i>phentolamine</i>	58	<i>podofilox</i>	71
PEGASYS	PHENYLEPHRINE HCL ..	170	POLIVY	21
PEGBLEND	PHENYLEPHRINE-DM-		<i>polocaine</i>	71
<i>peg-electrolyte</i>	GUAIFENESIN.....	160	<i>polocaine-mpf</i>	71
PEMAZYRE	<i>phenytoin</i>	27, 28	POLY BACITRACIN (ZINC)	
<i>pemetrexed disodium</i>	<i>phenytoin sodium</i>	28	.....	77
<i>penciclovir</i>	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	28	POLY HIST FORTE	170
<i>penicillamine</i>	<i>philith</i>	147	<i>polycin</i>	148
PENICILLIN G POT IN	PHLEXY-VITS	242	<i>polyethylene glycol 1000(bulk)</i>	
DEXTROSE	PHOS-NAK.....	196	.....	92
<i>penicillin g potassium</i>	PHOSPHOLINE IODIDE..	150	<i>polyethylene glycol 3350</i>	121
<i>penicillin g sodium</i>	PHOSPHOROUS		POLYETHYLENE GLYCOL	
<i>penicillin v potassium</i>	SUPPLEMENT	197	3350(BULK).....	92
PENTACEL (PF)	PHYTOBASE	71	<i>polyethylene glycol 8000(bulk)</i>	
<i>pentamidine</i>	PHYTOMULTI.....	242	.....	92
PENTASA.....	<i>phytonadione (vitamin k1)</i>	60	POLY-HIST DM	
<i>pentoxifylline</i>	PICODERM	71	(THONZYLAMINE)	170
PENTRAVAN.....	PIFELTRO	4	POLY-IRON.....	242
PENTRAVAN PLUS.....	PIKO 1.....	137	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	
PERFECT IRON	<i>pilocarpine hcl</i>	92, 150	.....	148
<i>perindopril erbumine</i>	<i>pimecrolimus</i>	71	POLYSACCHARIDE IRON	
<i>periogard</i>	<i>pimozide</i>	52	COMPLEX	242

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

POLY-TUSSIN AC.....	170	PRECISION XTRA B- KETONE	137	PROBIOTIC ACIDOPHILUS	209
POLY-VENT DM.....	170	<i>prednicarbate</i>	81	PROBIOTIC ACIDOPHILUS- PECTIN	111, 112
POLY-VENT IR	170	<i>prednisolone</i>	102	PROBIOTIC GOLD ACIDOPHILUS	209
POLY-VI-SOL	242	<i>prednisolone acetate</i>	153	<i>procainamide</i>	55
POLY-VI-SOL WITH IRON	242	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	102, 103, 153	PRO-CAL	242
POLY-VITA DROPS.....	242	<i>prednisone</i>	103	PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	137
POLY-VITA WITH IRON	242	<i>prednisone intensol</i>	103	PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	137
POMALYST	21	<i>pregabalin</i>	28	PROCERV HP.....	242
<i>portia 28</i>	147	PREHEVBRIO (PF).....	131	<i>prochlorperazine</i>	121
PORTRAZZA	21	PREMARIN	143	<i>prochlorperazine edisylate</i> .	121
<i>posaconazole</i>	2	<i>premasol 10 %</i>	209	<i>prochlorperazine maleate oral</i>	121
<i>potassium acetate</i>	197	PREMPHASE	143	PROCRIT	130
POTASSIUM BROMIDE (BULK)	197	PREMPRO	143	<i>procto-med hc</i>	121
<i>potassium chlorid-d5- 0.45%nacl</i>	197	<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	242	<i>proctosol hc</i>	121
<i>potassium chloride</i>	197	PRESERVISION AREDS..	242	<i>proctozone-hc</i>	121
<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	197	PRESERVISION AREDS-2	242	<i>progesterone</i>	143
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	197	PRESERVISION LUTEIN	242	<i>progesterone micronized</i>	143
<i>potassium chloride in lr-d5</i>	197	PRETTY FEET HANDS.....	72	PROGRAF	21
<i>potassium chloride in water</i>	197	<i>prevalite</i>	63	PROLASTIN-C	92
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	197	PREVENT	242	PROLENSA	152
<i>potassium chloride-d5- 0.2%nacl</i>	198	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	101	PROLIA.....	139
<i>potassium chloride-d5- 0.9%nacl</i>	198	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	101	PROMACTA.....	60
<i>potassium citrate</i>	182	PREVYMIS.....	4	<i>promethazine</i>	170
<i>potassium phosphate m-/d- basic</i>	198	PREZCOBIX.....	4	<i>promethazine-codeine</i>	171
<i>potassium, sodium phosphates</i>	199	PREZISTA	4	<i>promethazine-dm</i>	171
POTASSIUM, SODIUM PHOSPHATES	197	PRIFTIN.....	8	<i>propafenone</i>	55
POTELIGEO	21	PRIMAQUINE.....	8	<i>propranolol</i>	58
<i>povidone-iodine</i>	76, 77	<i>primidone</i>	28	PROPYLENE GLYCOL (BULK).....	72
<i>pramipexole</i>	29	PRIMIDONE.....	28	<i>propylthiouracil</i>	103
<i>prasugrel</i>	60	PRIORIX (PF).....	131	PROQUAD (PF).....	131
<i>pravastatin</i>	62	PRIVIGEN	131	PRORENAL	242
<i>praziquantel</i>	8	PRO COMFORT SPACER- ADULT MASK	137	PRORENAL QD	242
<i>prazosin</i>	58	PRO COMFORT SPACER- CHILD MASK	137	PROSIGHT	242
		PRO FE.....	242	<i>protamine</i>	60
		<i>probenecid</i>	138	PROTECT CARDIO AF ...	242
		<i>probenecid-colchicine</i>	138	PROTECT IRON LIQUID.	242
		PROBIOTIC	112, 209	PROTECT PLUS SO	243
				<i>protriptyline</i>	52

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

PROXCEED PLUS.....243
pseudoephedrine hcl.....171
pseudoephedrine-guaifenesin
.....163
PSEUDOEPHEDRINE-
GUAIFENESIN163
PULMICORT FLEXHALER
.....179, 180
PULMOZYME.....180
PURE L-CITRULLINE209
PURECOMFORT PEAK
FLOW METER.....137
PUREVIT DUALFE PLUS243
PURIXAN21
pyrazinamide8
pyridostigmine bromide.....32
PYRIDOXINE (BULK).....243
pyridoxine (vitamin b6)220,
243, 246, 248, 252
PYRIDOXINE (VITAMIN
B6).....243
pyrimethamine8
Q
Q-DERM72
Q-GEL209
Q-GEL FORTE209
Q-GEL MEGA209
Q-GEL ULTRA.....209
QINLOCK.....21
Q-SORB CO Q-1085, 86
QTERN.....106
QUADRACEL (PF)131
quetiapine52
QUFLORA FE243
QUIN B STRONG243
quinapril.....58
quinapril-hydrochlorothiazide
.....58
quinidine sulfate55
quinine sulfate8
QUINTABS.....243
QUINTABS-M.....243
QUINTABS-M IRON FREE
.....243
QVAR REDIHALER.....180

R
RABAVERT (PF)131
RADICAVA.....31
raloxifene.....139
ramelteon.....52
ramipril.....58
RANGER READY
REPELLENT.....72
ranolazine.....64
rasagiline.....29
RAVICTI.....92
READY-TO-USE ENEMA
.....115, 118, 124
READY-TO-USE ENEMA
(MIN OIL).....118, 122, 124
reclipsen (28).....147
RECOMBIVAX HB (PF) ..131
RECTIV.....122
REESE'S PINWORM
MEDICINE9
REFRESH CELLUVISC ..150
REFRESH CLASSIC (PF).150
REFRESH DIGITAL150
REFRESH DIGITAL PF...150
REFRESH LACRI-LUBE..150
REFRESH LIQUIGEL.....150
REFRESH OPTIVE ..150, 151
REFRESH OPTIVE
ADVANCED.....150
REFRESH OPTIVE
ADVANCED (PF)150
REFRESH OPTIVE MEGA-3
(PF).....151
REFRESH OPTIVE
SENSITIVE (PF).....151
REFRESH P.M.....151
REFRESH PLUS.....151
REFRESH RELIEVA151
REFRESH RELIEVA PF...151
REFRESH TEARS.....151
REGRANEX72
REJUVACARE PLUS72
RELENZA DISKHALER4
RELISTOR.....122
REMEDY ANTIFUNGAL ..79

REMEDY DIMETHICONE
CREAM.....72
REMEDY SKIN REPAIR...72
REMICADE122
RENACIDIN182
RENAL CAPS.....245
RENAL VITAMIN245
RENAL-VITE245
RENAPLEX245
RENAPLEX-D245
RENA-VITE.....245
RENA-VITE RX245
RENO CAPS245
repaglinide.....106
REPATHA.....63
REPATHA PUSHTRONEX 63
REPATHA SURECLICK63
REPEL.....74
REPEL 100.....72
REPEL FAMILY.....72, 74
REPEL HUNTER'S.....72
REPEL LEMON
EUCALYPTUS72
REPEL SPORTSMEN ..72, 74
REPEL SPORTSMEN DRY 72
REPEL SPORTSMEN MAX
.....72
REPEL TICK DEFENSE72
REPLESTA245
REPLESTA NX.....245
RESCON172
RESCON-DM.....172
RESCON-GG172
RETACRIT.....130
RETEVMO.....21
RETROVIR4
REVCovi92
REVLIMID.....21
revonto32
REXULTI.....52
REYATAZ4
REZLIDHIA21
RHOPRESSA152
ribavirin4
RIDAURA.....142

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>rifabutin</i>	9	RYNEX PSE	172	SENNALAX.....	123
<i>rifampin</i>	9	S		<i>senna laxative</i>	123, 124
<i>riluzole</i>	92	<i>sajazir</i>	180	SENNALPLUS	123
<i>rimantadine</i>	4	SALICYLIC ACID (BULK).....	65	SENNAL-S	125
<i>ringer's</i>	86, 198	SALINE MIST	101	SENNAL-TIME S	123
RINVOQ	142	SALINE NASAL .99, 100, 101		<i>sennosides</i>	123
RISACAL-D.....	245	SALINE NASAL (ALOE		SENNOSIDES.....	123
<i>risedronate</i>	92, 139	VERA).....	101	SENNOKOT	123
RISPERDAL CONSTA	53	SALINE NASAL MIST.....	99	SENNOKOT EXTRA	
<i>risperidone</i>	53	SALINE NOSE	101	STRENGTH	123
RITEFLO AEROCHAMBER		SALMON OIL-OMEGA-3		SENNOKOT-S.....	123
.....	137	FATTY ACIDS	210	SENTRY.....	245
<i>ritonavir</i>	4	<i>salsalate</i>	45	SENTRY SENIOR	245
<i>rivastigmine</i>	31	SALTSTABLE LO CREAM		<i>sertraline</i>	53
<i>rivastigmine tartrate</i>	31	BASE.....	72	<i>sesame oil</i>	92
<i>rizatriptan</i>	30	SANCUSO	122	SE-TAN PLUS	245
ROBAFEN CF		SANDIMMUNE	22	<i>setlakin</i>	147
(PHENYLEPHRINE).....	172	SANDOSTATIN LAR		<i>sevelamer carbonate</i>	92
ROBAFEN DM COUGH... 172		DEPOT	22	SEVERE COLD AND FLU	
ROBAFEN DM COUGH-		SANTYL	72	(PE).....	159, 162, 165, 172
CHEST CONGEST.....	172	<i>sapropterin</i>	108	SEVERE COLD AND FLU	
ROCKLATAN	153	SARCLISA.....	22	NIGHTTIME	162
<i>roflumilast</i>	180	SAVELLA.....	142	<i>sf</i> 101	
<i>romidepsin</i>	21	SAWYER CONTROLLED		SF.....	101
<i>ropinirole</i>	29	RELEASE	74	<i>sf 5000 plus</i>	101
<i>rosuvastatin</i>	63	<i>saxagliptin</i>	106	SF 5000 PLUS	101
ROTARIX	131	<i>saxagliptin-metformin</i>	106, 107	<i>sharobel</i>	143
ROTATEQ VACCINE	131	SCALP RELIEF	65	SHINGRIX (PF).....	131
<i>roweepra</i>	28	SCEMBLIX.....	22	SIGNIFOR.....	22
ROZLYTREK	21, 22	SCOOBY-DOO ONE A DAY		SILACE	123
RUBRACA.....	22	.....	245	SILADRYL SA	172
<i>rufinamide</i>	28	SCOOBY-DOO ONE A DAY		<i>sildenafil (pulmonary arterial</i>	
RU-HIST D	172	KIDS.....	245	<i>hypertension)</i>	180
RUKOBIA.....	4	<i>scopolamine base</i>	122	<i>silodosin</i>	182
RUXIENCE.....	22	SEBEX	65	SILTUSSIN DM DAS.....	172
RYBELSUS	106	SECUADO	53	SILTUSSIN SA	172
RYBREVANT	22	SEGLUROMET	107	<i>silver sulfadiazine</i>	72
RYDAPT.....	22	<i>selegiline hcl</i>	29	SIMBRINZA	153
RYDEX.....	172	<i>selenium sulfide</i>	65	<i>simethicone</i>	123
RYLAZE	22	SELZENTRY	4	SIMULECT	22
RYMED		SENNEXON-S.....	123	<i>simvastatin</i>	63
(DEXCHLORPHENIRAMI		SENIOR TABS	245	SINUS CONGESTION AND	
NE-PE)	172	<i>senna</i>	118, 123	PAIN.....	172
RYNEX DM.....	172	SENNAL.....	123	SINUS CONGESTION-	
RYNEX PE	172	<i>senna lax</i>	123	PAIN(GUAIF).....	172

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

SINUS NASAL SPRAY 99, 100	<i>sodium phosphate</i> 199	<i>spironolactone</i> 58
SINUS PAIN-PRESSURE (PE)..... 172	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> 93	<i>spironolacton-</i> <i>hydrochlorothiaz</i> 58
SINUS RELIEF (PHENYLEPHRINE)..... 101	<i>sodium, potassium, mag sulfates</i> 125	SPRAVATO 53
<i>sirolimus</i> 22	SOLQUA 100/33 107	<i>sprintec</i> (28)..... 147
SIRTURO 9	SOLO..... 247	SPRITAM..... 28
SKYRIZI 65, 123	SOLTAMOX..... 22	SPRYCEL..... 22
SLO-NIACIN 63	SOLUVITA-E 247	<i>sps (with sorbitol)</i> 93
SLOW FE 245	SOMATULINE DEPOT 22	<i>sronyx</i> 147
SLOW RELEASE IRON .. 219, 226, 233, 244, 245, 246, 248	SOMAVERT 109	<i>ssd</i> 73
SLOW-MAG 198	SOOTHE AND COOL MEDSEPTIC..... 72	ST JOSEPH ASPIRIN..... 46
SMART HEART OMEGA-3 210	SOOTHE-COOL MOISTURE BARRIER..... 72, 73	STAHIST AD..... 174
<i>sodium acetate</i> 199	SOOTHE-COOL PROTECT MEDSEPTIC..... 72	STEGLATRO 107
SODIUM BENZOATE (BULK) 101	SOOTHING PUREWAY-C 247	STELARA 65
<i>sodium benzoate-sod</i> <i>phenylacet</i> 93	<i>sorafenib</i> 22	STIMULANT LAXATIVE PLUS 125
<i>sodium bicarbonate</i> 125, 199	SORBIDON HYDRATE 73	STIOLTO RESPIMAT 180
SODIUM BICARBONATE (BULK) 125	SORBITOL 93	STIVARGA 22
SODIUM BROMIDE (BULK) 93	SORBOLENE 73	STOMACH RELIEF .. 111, 112
<i>sodium chloride</i> 93, 151, 199	<i>sorine</i> 55	STOOL SOFTENER . 117, 118, 122, 125
SODIUM CHLORIDE (BULK) 199	SOSWEET SYRUP VEHICLE 93	STOOL SOFTENER- LAXATIVE 122, 125
<i>sodium chloride 0.45 %</i> 199	<i>sotalol</i> 55	STOOL SOFTENER- STIMULANT LAXAT . 118, 125
<i>sodium chloride 0.9 %</i> 93	<i>sotalol af</i> 55	STRENSIQ 109
<i>sodium chloride 3 %</i> <i>hypertonic</i> 199	SPACE CHAMBER..... 134	STREPTOMYCIN 9
<i>sodium chloride 5 %</i> <i>hypertonic</i> 199	SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK 135	STRESS B WITH ZINC 247
<i>sodium citrate-citric acid</i> ... 182	SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK..... 135	STRESS B-COMPLEX..... 226, 247
<i>sodium ferric gluconat-sucrose</i> 92, 93	SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK..... 135	STRESS FORMULA 247
<i>sodium fluoride 5000 dry</i> <i>mouth</i> 101	SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS 219	STRESS FORMULA WITH IRON 247
<i>sodium fluoride 5000 plus</i> .. 101	SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS(LUT)..... 219	STRESS FORMULA WITH IRON(SULF)..... 247
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> . 101	SPECTRAVITE ADVANCED FORMULA 220	STRESS FORMULA WITH ZINC..... 220, 247
<i>sodium nitroprusside</i> 64	SPECTRAVITE MEN'S 220	STRIBILD 4
SODIUM OXYBATE 53	SPECTRAVITE WOMEN. 220	STRIVERDI RESPIMAT .. 180
<i>sodium phenylbutyrate</i> 93	SPIRIVA RESPIMAT..... 180	STROVITE FORTE 247
	SPIRIVA WITH HANDIHALER..... 180	STROVITE ONE..... 247
		STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN..... 73
		<i>subvenite</i> 28

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

<i>subvenite starter (blue) kit</i> ...28	SYNJARDY XR.....107	TARON FORTE.....249
<i>subvenite starter (green) kit</i> .28	SYNRIBO .....22	TASIGNA.....23
<i>subvenite starter (orange) kit</i> 28	SYRPALTA VEHICLE .....93	<i>tasimelteon</i>.....53
SUCRAID .....125	SYRSPEND SF .....94	<i>tazarotene</i> .....75
<i>sucralfate</i>.....129	SYRSPEND SF ALKA .....94	<i>tazicef</i>.....6
SUDOGEST .....174	SYRSPEND SF LIQUID .....94	<i>taztia xt</i> .....58
SUDOGEST 12-HOUR .....174	SYSTANE (PF).....151	TAZVERIK .....23
SUDOGEST COLD AND	SYSTANE (PROPYLENE	TDVAX .....131
ALLERGY .....174	GLYCOL) .....151	TECENTRIQ.....23
<i>sulfacetamide sodium</i> .....151	SYSTANE BALANCE .....151,	TECVAYLI .....23
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> 77	152	TEFLARO .....6
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> 151	SYSTANE COMPLETE....152	TEKTURN HCT.....58
<i>sulfadiazine</i>.....11	SYSTANE GEL .....151, 152	<i>telmisartan</i> .....58
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	SYSTANE HYDRATION	<i>telmisartan-amlodipine</i>.....58
.....11	(PF).....152	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>
<i>sulfasalazine</i> .....125	SYSTANE NIGHTTIME...152	58
<i>sulindac</i> .....46	SYSTANE ULTRA.....152	TEMODAR .....23
<i>sumatriptan</i>.....30	SYSTANE ULTRA (PF)....152	<i>temsrolimus</i> .....23
<i>sumatriptan succinate</i> .....30	T	TENDER CARE LANOLIN 73
<i>sunitinib malate</i> .....22	TAB-A-VITE .....249	TENIVAC (PF) .....131
SUNLENCA.....4	TAB-A-VITE	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .4
SUNVITE.....247	MULTIVITAMIN W-IRON	TEPMETKO.....23
SUPER ANTIOXIDANT...247	249	<i>terazosin</i> .....58
SUPER B/C .....247	TABLOID .....22	<i>terbinafine hcl</i>.....2, 79
SUPER DAILY D3 ....247, 248	TABRECTA.....22	<i>terbutaline</i>.....180
SUPER DHA GEMS.....210	<i>tacrolimus</i> .....22, 73	<i>terconazole</i> .....144
SUPER MULTIPLE - LOW	<i>tadalafil (pulmonary arterial</i>	<i>teriflunomide</i>.....31
IRON .....248	<i>hypertension) oral tablet 20</i>	TERIPARATIDE .....139
SUPER OMEGA-3 .....63	<i>mg</i> .....180	<i>testosterone</i>.....109
SUPER THERA VITE M ..248	TAFINLAR .....22	<i>testosterone cypionate</i> .....109
SUPER TWIN EPA-DHA ...63	<i>tafluprost (pf)</i>.....153	<i>testosterone enanthate</i> .....109
SUPHEDRIN .....174	TAGRISSO .....22	TETANUS,DIPHThERIA
SUPHEDRINE 12 HOUR.162,	TAKE ACTION .....147	TOX PED(PF) .....131
171	TALTZ AUTOINJECTOR ..65	<i>tetrabenazine</i> .....31
<i>syeda</i>.....147	TALTZ AUTOINJECTOR (2	<i>tetracycline</i> .....12
SYMBICORT.....180	PACK).....65	THALOMID.....23
SYMDEKO .....180	TALTZ AUTOINJECTOR (3	THEO-24 .....180
SYMJEPI.....174	PACK).....65	<i>theophylline</i> .....180, 181
SYMLINPEN 120 .....107	TALTZ SYRINGE .....65	THERA.....249
SYMLINPEN 60 .....107	TALVEY .....22	THERA M PLUS (FERROUS
SYMPAZAN.....28	TALZENNA.....23	FUMARAT) .....249
SYMTUZA.....4	<i>tamoxifen</i> .....23	THERA-D.....249
SYNAGIS.....4	<i>tamsulosin</i>.....182	THERA-D 4000.....249
SYNAREL .....109	<i>tarina 24 fe</i> .....147	THERAFLU EXPRESSMAX
SYNJARDY .....107	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>.....147	COLD DAY.....174

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

THERAFLU EXPRESSMAX		<i>timolol maleate</i>.....58, 148, 149	TRIAMINIC COLD AND
COLD NIGHT.....	174	<i>tinidazole</i>.....9	COUGH (PE).....175
THERAFLU FLU-SORE		<i>tiotropium bromide</i>.....181	TRIAMINIC COLD AND
THROAT.....	175	TIVDAK.....23	COUGHNT(PE).....175
THERAFLU MULTI-		TIVICAY.....4	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>
SYMPTOM COLD	175	TIVICAY PD	58
THERAFLU NIGHT SEVERE		4	TRICON
COLD-CGH	175	<i>tizanidine</i>.....32	250
THERAGRAN-M PREMIER		TOBI PODHALER	<i>triderm</i>.....81
50 PLUS	249	TOBRADEX	<i>trientine</i>.....93
THERALOGIX		<i>tobramycin</i>.....9, 148	<i>tri-estarylla</i>.....147
COMPANION.....	218	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...9	TRIFERIC
THERA-M.....	249	<i>tobramycin sulfate</i>.....9	250
THERAMILL FORTE	249	<i>tobramycin-dexamethasone</i> 153	<i>trifluoperazine</i>.....53
THERANATAL	249	<i>tolnaftate</i>.....79	<i>trifluridine</i>.....148
THERAPEUTIC DANDRUFF		<i>tolterodine</i>.....181	TRIGELS-F FORTE
SHAMPOO	65	<i>tolvaptan</i>.....109	250
THERAPEUTIC LIQUID..	235	<i>topiramate</i>.....28	TRIJARDY XR
THERAPEUTIC		<i>topotecan</i>.....23	107
MOISTURIZING	73	<i>toremifene</i>.....23	TRIKAFTA
THERAPEUTIC-M....	231, 249	<i>torsemide</i>.....58	181
THERA-TABS	249	TOTAL HOME INSECT	<i>tri-legest fe</i>.....147
THERATRUM COMPLETE		REPELLENT.....68	<i>tri-lynyah</i>.....147
50 PLUS/LUT	249	TOUJEO MAX U-300	<i>tri-lo-estarylla</i>.....147
THERATRUM COMPLETE		SOLOSTAR	147
50 PLUS-LYC.....	249	107	<i>tri-lo-marzia</i>.....147
THERATRUM COMPLETE		TOUJEO SOLOSTAR U-300	<i>tri-lo-sprintec</i>.....147
WITH LUTEIN	249, 250	INSULIN	12
THEREMS MULTIVITAMIN		107	<i>trimethoprim</i>.....53
.....	250	<i>tramadol</i>.....47	<i>trimipramine</i>.....53
THEREMS-M	250	<i>tramadol-acetaminophen</i>.....47	TRINTELLIX.....53
THERMOTABS.....	199	<i>trandolapril</i>.....58	TRIPHROCAPS
THEROMEGA.....	210	<i>trandolapril-verapamil</i>.....58	250
THEROMEGA SPORT	210	<i>tranexamic acid</i>.....144	TRIPLE ANTIBIOTIC...76, 77
<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i> ...	250	<i>tranylcypromine</i>.....53	77
<i>thioridazine</i>	53	<i>travasol 10 %</i>210	TRIPLE ANTIBIOTIC-PAIN
<i>thiotepa</i>	23	<i>travoprost</i>.....153	RELIEF.....77
<i>thiothixene</i>	53	TRAZIMERA.....23	TRIPLE MAGNESIUM
<i>tiadylt er</i>	58	<i>trazodone</i>.....53	COMPLEX
<i>tiagabine</i>	28	TREANDA.....23	190
TIBSOVO.....	23	TRECATOR.....9	TRIPROLIDINE HCL.....175
TICE BCG.....	131	TRELEGY ELLIPTA.....181	<i>tri-sprintec (28)</i>.....147
TICOVAC	131	TRELSTAR.....23	TRIUMEQ.....5
<i>tigecycline</i>	9	<i>treprostinil sodium</i>.....58	TRIUMEQ PD.....5
<i>tilia fe</i>	147	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>.....23	TRI-VI-SOL
		<i>tretinoin topical</i>.....76	250
		<i>triamcinolone acetonide</i>.....81,	<i>trivora (28)</i>.....147
		101, 103	TRIZIVIR.....5
			TRODELVY.....23
			TROGARZO
			5
			TROPHAMINE 10 %.....210
			TROPICAL LIQUID
			NUTRITION
			250
			<i>trospium</i>.....181

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

TRUEPLUS GLUCOSE .....93	TUSSIN MUCUS-CHEST	VANCOMYCIN IN 0.9 %
TRULANCE..... 125	CONGESTION 172, 175	SODIUM CHL .....9
TRULICITY 107	TWINRIX (PF)..... 132	<i>vandazole</i> 144
TRUMENBA 131	TYPHIM VI 132	VANFLYTA.....23
TRUSTEX LATEX	TYSABRI..... 31	VANIBASE .....73
CONDOM 138	U	VANIBASE TRADITIONAL
TRUSTEX LUBRICATED	U-BASE.....73	FORMULA.....73
CONDOMS 137	UBRELVY 30	VANICREAM.....73
TRUSTEX NON-LUB	ULTRA FREEDA 250	VAQTA (PF) 132
CONDOMS 137	ULTRA LUBRICANT EYE	<i>varenicline</i> .....98
TRUSTEX-RIA	 152	VARIVAX (PF)..... 132
LUB/SPERMICIDE 138	ULTRA OMEGA-3..... 210	VARIZIG..... 132
TRUSTEX-RIA	ULTRATHON..... 73	VARUBI..... 125
LUBRICATED CONDOMS	UNISPEND ANHYDROUS	VASCEPA.....63
..... 138	SWEET.....93	VECAMYL .....64
TRUSTEX-RIA NON-LUB	<i>unithroid</i> 110	VECTIBIX 23
CONDOMS 138	UNITUXIN 23	VEKLURY .....5
TRUZONE PEAK FLOW	UPCAL D 201	<i>veletri</i> .....59
METER 138	UPTRAVI..... 58	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>
TUKYSA..... 23	URINARY PAIN RELIEF . 182	 147
TUMS..... 199, 200	URISTIX 4 107	VELPHORO.....94
TUMS E-X 199, 200	URISTIX REAGENT..... 107	VELTASSA.....94
TUMS EXTRA STRENGTH	<i>ursodiol</i> 125	VEMLIDY.....5
SMOOTHIES 200	UZEDY 53, 54	VENCLEXTA 23, 24
TUMS ULTRA 125, 200	V	VENCLEXTA STARTING
TURALIO 23	<i>valacyclovir</i> .....5	PACK 24
TUSNEL DIABETIC 175	VALCHLOR .....73	<i>venlafaxine</i>.....54
TUSNEL NEW FORMULA	<i>valganciclovir</i> .....5	VENOFER.....250
..... 175	<i>valproate sodium</i> .....28	<i>verapamil</i>.....59
TUSNEL PEDIATRIC..... 175	<i>valproic acid</i>.....28	VERQUVO.....64
TUSSIN..... 175	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	VERSACLOZ.....54
TUSSIN CF (PE-DM-GUAIF)	 28	VERSATILE .....73
..... 162, 172, 174, 175	<i>valrubicin</i>.....23	VERSIGEL.....73
TUSSIN CF COUGH-COLD	<i>valsartan</i>.....58	VERZENIO 24
..... 175	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	<i>vestura (28)</i> 147
TUSSIN CF MAX SEVERE	 59	V-GO 20 138
M-S COLD..... 175	VALTOCO 28	V-GO 30 138
TUSSIN COUGH (DM	VANACOF..... 176	V-GO 40 138
ONLY) 175	VANACOF DM 176	VIBATIV 10
TUSSIN DM 162, 172, 174,	VANACOF DMX 176	VIBERZI 125
175	VANALICE..... 82	VICTOZA 2-PAK 107
TUSSIN DM CLEAR 175	VANATAB DM..... 176	VICTOZA 3-PAK 107
TUSSIN DM COUGH AND	<i>vancomycin</i> .....9	<i>vienna</i> 147
CHEST ... 162, 165, 174, 175	VANCOMYCIN .....9	<i>vigabatrin</i> .....28
		<i>vigadrone</i>.....28

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

VIIIBRYD	54	<i>vitamin d2</i>	254	WART REMOVER.....	65, 66
<i>vilazodone</i>	54	<i>vitamin d3</i>	220, 232, 233, 244, 246, 248, 254, 255, 256, 257, 258, 259	<i>water for irrigation, sterile</i> ...	94
VIMIZIM	109	VITAMIN D3 COMPLETE	258	WEE CARE	260
<i>vinblastine</i>	24	<i>vitamin e</i>	221, 245, 247, 248, 249, 259, 260	WEEKLY-D	261
<i>vincristine</i>	24	VITAMIN E	260	WELIREG	24
<i>vinorelbine</i>	24	<i>vitamin e (dl, acetate)</i>	221, 226, 232, 233, 234, 248, 249, 259, 260	<i>wera (28)</i>	147
VIOKACE	125	VITAMIN E (DL, ACETATE)	220, 221, 232, 259, 260	<i>wescap-pn dha</i>	261
<i>viorele (28)</i>	147	<i>vitamin e acetate</i>	248, 259	WESTAB ONE	261
VIRACEPT	5	<i>vitamin e mixed</i> ...	232, 259, 260	<i>wixela inhub</i>	181
VIREAD.....	5	VITAMIN E MIXED	259	WOMEN'S 50 PLUS DAILY	
VIRT-CAPS	250	VITAMIN E SUCCINATE	259	FORMULA.....	261
VISION FORMULA (WITH		<i>vitamin k1</i>	60	WOMEN'S 50 PLUS	
LUTEIN)	226, 251	VITAMINS A-D-E		MULTIVITAMIN	261
VISION FORMULA(A-C-E-		SELENIUM.....	260	WOMEN'S DAILY	
ZN-SE-CU)	251	VITATRUM.....	260	FORMULA.....	261
VISION HEALTH	220	VITRAKVI.....	24	WOMENS DAILY	
VISION PLUS LUTEIN ...	251	VITREXYL	260	GUMMIES	221
VISTA ADVANCED		VITREXYL PLUS IRON ..	260	WOMEN'S DAILY PACK.	261
AREDS2.....	251	VITRUM SENIOR.....	260	WOMEN'S GENTLE	
VISTA ADVANCED DRY		VIVITROL	47	LAXATIVE(BISAC)	125
EYE	251	VIZIMPRO.....	24	WOMEN'S LAXATIVE	
VISTOGARD.....	12	V-MAX	74	(BISACODYL).....	125
VIT 3	215	VONJO	24	WOMEN'S MULTIVITAMIN	
VIT A PALMITATE-VIT C-		<i>voriconazole</i>	2	.....	261
VIT D3	242	VORTEX HOLDING		WOMEN'S MULTIVITAMIN	
VIT E-WHEAT GERM-ALOE		CHAMBER	138	GUMMIES	261
VERA	74	VORTEX VHC FROG		WOMEN'S MULTIVITAMIN	
VITABEX PLUS.....	251	MASK-CHILD.....	138	W-BIOTIN	261
VITAFOL.....	251	VOSEVI	5	WOMEN'S ONE DAILY ..	225, 234
VITAJoy DAILY D.....	251	VOTRIENT	24	X	
VITAL-D RX	251	VRAYLAR.....	54	XALKORI	24
VITALEE	251	VUMERITY.....	31	XARELTO	60
VITALETS.....	251	VYNDAMAX	64	XARELTO DVT-PE TREAT	
<i>vitamin a</i>	220, 231, 244, 252	VYXEOS.....	24	30D START.....	61
VITAMIN A PALMITATE		W		XATMEP.....	24
.....	251, 252	WALGREENS DRY SKIN		XCEL 100.....	74
<i>vitamin b-6</i>	226, 231, 233, 244, 246, 252	TREATMENT.....	68	XCOPRI	29
<i>vitamin c</i>	220, 226, 231, 244, 246, 253, 254	<i>warfarin</i>	60	XCOPRI MAINTENANCE	
VITAMIN C FIZZY DRINK				PACK	29
.....	220			XCOPRI TITRATION PACK	
<i>vitamin c with rose hips</i>	220, 226, 231, 233, 246, 248, 251, 254			.....	29
				XDEMVY.....	152
				XELJANZ.....	142
				XELJANZ XR	142

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

XERAC AC.....	74	ZANOSAR.....	25	<i>zinc with vitamins a and c</i> ..	261
XERMELO.....	24	ZARXIO.....	130	ZINC-220	201
XGEVA.....	12	ZEGALOGUE		<i>ziprasidone hcl</i>	54
XIAFLEX.....	94	AUTOINJECTOR.....	108	<i>ziprasidone mesylate</i>	54
XIFAXAN.....	10	ZEGALOGUE SYRINGE .	108	ZIRABEV	25
XIGDUO XR.....	108	ZEJULA	25	ZIRGAN.....	148
XIIDRA.....	152	ZELBORAF	25	ZOLADEX	25
XOFLUZA	5	<i>zenatane</i>	76	<i>zoledronic acid</i>	109
XOLAIR.....	181	ZENPEP	126	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	94, 109
XOSPATA	24	ZEPOSIA.....	31	ZOLINZA.....	25
XPOVIO.....	24	ZEPOSIA STARTER KIT (28-		<i>zolmitriptan</i>	30
XTANDI.....	24	DAY).....	31	<i>zolpidem</i>	54
<i>xulane</i>	144	ZEPOSIA STARTER PACK		ZONISADE	29
XYREM	54	(7-DAY)	32	<i>zonisamide</i>	29
Y		ZEPZELCA	25	ZOO FRIENDS	261
YELETS.....	261	<i>zidovudine</i>	5	<i>zovia 1-35 (28)</i>	148
YERVOY	24	ZIEXTENZO.....	130	ZTALMY	29
YF-VAX (PF).....	132	ZIKS ARTHRITIS PAIN		ZUBSOLV.....	47
YONDELIS.....	25	RELIEF	74	<i>zumandimine (28)</i>	148
YONSA	25	ZINC (WITH A AND C)		ZYDELIG.....	25
<i>yuvafem</i>	143	LOZENGES	261	ZYKADIA.....	25
Z		<i>zinc sulfate</i>	201	ZYNLONTA	25
ZADITOR	152	<i>zinc sulfate (bulk)</i>	201	ZYNYZ.....	25
<i>zafemy</i>	145	ZINC SULFATE (BULK) .	201	ZYPREXA RELPREVV	54
<i>zafirlukast</i>	181	ZINC SULFATE			
<i>zaleplon</i>	54	HEPTAHYDRAT(BULK)			
ZALTRAP	25	.....	94		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/17/2023.

English: We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 or 711), 8 a.m. - 8 p.m., Monday – Friday. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Una persona que habla español puede brindarle ayuda. Este servicio es gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费口译服务，以回答您对我们的健康或药物计划的任何问题。如要获取口译服务，请在周一至周五的上午 8:00 至晚上 8:00 致电 **1-855-475-3163** (聋哑人电传打字服务专线：1-833-711-4711 或 711) 联系我们。届时，我们将安排会讲普通话的人员为您提供帮助。此项服务免费提供。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，以回答您可能對我們的健康或藥物計劃擁有的任何疑問。如需口譯員，請致電 **1-855-475-3163** 聯絡我們 (TTY 聽障電話專線：1-833-711-4711 或 711)；服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。我們將安排會說繁體中文的人員為您提供幫助。此項服務免費提供。

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang sagutin ang anumang mga katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 o 711), 8 a.m. - 8 p.m., Lunes - Biyernes. Matutulungan ka ng isang taong nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

French: Des services d'interprétation vous sont proposés gratuitement pour répondre à toutes vos questions sur notre programme relatif à la santé ou aux médicaments. Pour obtenir un interprète, contactez-nous au **1-855-475-3163** (téléscripteur : 1-833-711-4711 ou 711) de 8 h 00 à 20 h, du lundi au vendredi. Une personne parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị có thể có về chương trình sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 hoặc 711), 8 giờ sáng - 8 giờ tối, từ Thứ 2 đến Thứ 6. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này miễn phí.

Russian: Мы бесплатно предоставляем услуги устного перевода в случае, если у вас могут возникнуть вопросы о нашем медицинском или лекарственном плане. Для получения услуг устного перевода, просто позвоните нам по номеру **1-855-475-3163** (телетайп: 1-833-711-4711 или 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. Вам может помочь человек, говорящий на русском языке. Эта услуга предоставляется вам бесплатно.

Arabic: لدينا خدمات المترجمين الفوريين للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بنا على **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 أو 711)، من صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكن لشخص يتحدث اللغة العربية تقديم المساعدة لك. هذه الخدمة مجانية.

Italian: Disponiamo di servizi gratuiti di interpretariato per rispondere a qualsiasi domanda in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per richiedere un interprete è sufficiente chiamarci al numero **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 o 711), dalle 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì. Potrai ricevere assistenza da qualcuno che parla italiano come te. Il servizio è gratuito.

Portuguese: Oferecemos serviços de interpretação gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicamentos. Para obter um intérprete, basta ligar para **1-855-475-3163** (Teletipo: 1-833-711-4711 ou 711), das 8:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira. Alguém que fale [Português] pode ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou kapab genyen sou plan sante oswa medikaman. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 oswa 711), 8 a.m. - 8 p.m., Lendi – Vandredi. Yon moun ki pale kreyòl kapab ede w. Sa se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu opieki zdrowotnej lub planu leczenia farmakologicznego. W celu skorzystania z usług tłumacza prosimy o kontakt pod numerem **1-855-475-3163** (TTY (dalekopis): 1-833-711-4711 lub 711), od 8:00 do 20:00, od poniedziałku do piątku. Asystent mówiący po polsku udzieli Państwu pomocy. Usługa jest bezpłatna.

German: Bei Fragen zu unserem Gesundheits- oder Arzneimittelplan steht Ihnen ein kostenloser Dolmetscherdienst zur Verfügung. Um einen Dolmetscher in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns einfach montags bis freitags von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr unter **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 oder 711) an. Jemand, der Deutsch spricht, wird Ihnen weiterhelfen. Dieser Dienst ist kostenlos.

Korean: 건강 플랜이나 처방약 플랜에 대하여 궁금하신 점에 대해 답을 드릴 때 무료 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다. 통역가가 필요하시면 **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 또는 711)으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화 주십시오. 한국어를 구사하는 담당자가 도와드릴 수 있습니다. 본 서비스는 무료로 제공됩니다.

Hindi: हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्नों का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 या 711), 8 a.m. - 8 p.m., सोमवार - शुक्रवार, पर कॉल करें। हृदि में बात करने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह सेवा निःशुल्क है।

Japanese: 医療保険または医薬品プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご希望の方は、**1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 または 711) までお電話下さい。月～金曜日、午前8時～午後8時にご利用いただけます。日本語を話す通訳者が対応いたします。こちらは無料サービスです。

Aviso de no discriminación

CareSource cumple con las leyes federales y estatales vigentes sobre derechos civiles. No discriminamos, ni excluimos a las personas, ni las tratamos de forma distinta debido a la edad, el sexo, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el origen étnico, el estado civil, la preferencia sexual, la orientación sexual, la afiliación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública. CareSource ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades o aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés. Podemos obtener intérpretes de lengua de señas o de otros idiomas para que puedan comunicarse con nosotros o sus proveedores de manera efectiva. También hay materiales impresos gratuitos disponibles en letra grande, braille o audio. Si necesita alguno de estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en su tarjeta de identificación de CareSource. Puede presentar una queja si considera que no le hemos brindado estos servicios o que discriminamos en su contra de cualquier otra manera.

Por correo postal: CareSource
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947
Dayton, Ohio 45401

Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@CareSource.com
Teléfono: 1-800-488-0134 (TTY: 711)
Fax: 1-844-417-6254

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

Correo postal: U.S. Dept of Health and Human Services
200 Independence Ave, SW Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201

En línea: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

MyCareOhio
Connecting Medicare + Medicaid

CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionarles beneficios a los afiliados de ambos programas.

H8452_OH-MYC-M-1568751-SP-V.3
Aprobado por CMS/ODM: 8/29/2023



**Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas,
comuníquese con nosotros al: 1-855-475-3163 (TTY: 1-800-750-0750 o 711)**
de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes
CareSource.com/MyCare

Mensaje importante acerca de lo que paga por vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.
Llame a Servicios para Afiliados si desea obtener más información.

ID del formulario: 00023541

N.º de versión: 16

Actualizado el 12/1/2023