



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

**2024**

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

**Mensaje importante acerca de lo que paga por vacunas** – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. o visite **CareSource.com/MyCare**.

ID del formulario: 00024248  
N.º de versión: 18  
Actualizado en 12/01/2024

# CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) 2024

## 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 encuentran en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

## Índice

A. Exenciones de responsabilidad.....	iv
B. Preguntas frecuentes (FAQ) .....	v
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). .....	v
B2. ¿Alguna vez cambia la Lista de medicamentos? .....	v
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos? .....	vi
B4. ¿Existen restricciones o limitaciones con respecto a la cobertura de medicamentos o es necesario realizar otras acciones para obtener determinados medicamentos? .....	vii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay acciones necesarias que tomar para obtener el medicamento? .....	viii
B6. ¿Qué sucede si CareSource MyCare Ohio cambia las reglas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización o aprobación previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)? .....	viii
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos? .....	ix
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no está en la Lista de medicamentos? .....	ix
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? .....	ix
B10. ¿Puedo pedir que se haga una excepción y cubran el medicamento? .....	x
B11. ¿Cómo puedo pedir que se haga una excepción? .....	xi



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

B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción? .....	xi
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? .....	xi
B14. ¿Qué son los medicamentos OTC? .....	xii
B15. ¿Cubre CareSource MyCare Ohio productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos? .....	xii
B16. ¿Cuál es mi copago? .....	xii
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?.....	xii
C. Medicamentos agrupados por afección médica.....	xii
D. Índice de medicamentos cubiertos.....	257



---

## 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: 1-833-711-4711 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. 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: 1-833-711-4711 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, infórmele 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: 1-833-711-4711 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: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al 1-866-206-7861, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son 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 los medicamentos cubiertos por CareSource MyCare Ohio. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias que pertenecen a nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para que trabaje con nosotros y proporcione nuestros servicios. Nos referimos a estas farmacias como "farmacias de la red".

- CareSource MyCare Ohio cubrirá todos los medicamentos que se consideren necesarios desde una perspectiva médica en la Lista de medicamentos si:
  - su médico u otra persona que recete afirma que usted los necesita para mejorarse o estar saludable; **y**
  - usted surte sus recetas en una farmacia de la red de CareSource MyCare Ohio .
- CareSource MyCare Ohio puede tener pasos adicionales para 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](http://CareSource.com/MyCare) o si llama a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

---

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **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 cambiar 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.



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

- **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.

**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:



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

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted o su médico, u otra persona que receta, deben obtener una PA de CareSource MyCare Ohio antes de hacer surtir la receta. Es posible que CareSource MyCare Ohio no cubra el medicamento si usted no obtiene la aprobación correspondiente.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, CareSource MyCare Ohio limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia escalonada:** En ocasiones, CareSource MyCare Ohio exige que usted siga una terapia escalonada. Esto significa que usted debe probar medicamentos en 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 2-256. 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 las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

---

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

La tabla de medicamentos de la página 2 tiene una columna 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.




---

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

---

## **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.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección llamada “Lista de medicamentos por afección médica” de la página xii. Los medicamentos de esta sección se encuentran agrupados por categorías dependiendo del tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, si usted tiene 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: 1-833-711-4711 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 de 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.



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

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 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 ayudarlo. 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.

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

- Por lo general, una transición no planificada implica cambios en el nivel de atención en el que el afiliado pasa de un tipo de tratamiento a otro. De ocurrir esto, puede suceder que deba seguir los procesos normales de determinación de cobertura para la cobertura continua. Algunos ejemplos de cambios al nivel de la atención incluyen los siguientes:
  - Ser dado de alta de un hospital a su hogar.
  - Finalizar su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (en la que los pagos incluyen todos los costos de farmacia) y ahora requerir el uso de la Parte D de su plan.  
  
Cambiar su estado de hospicio para regresar a los beneficios estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare.
  - Ser dado de alta de hospitales psiquiátricos de atención crónica con regímenes de medicamentos altamente individualizados.



---

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

- Finalizar la estadía en un centro de atención a largo plazo y regresan a la comunidad.

---

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

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

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

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

---

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

Para solicitar una excepción, llame a Servicios para Afiliados. Un representante de Servicios para Afiliados trabajará con usted y con su proveedor para 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 informaremos la decisión dentro de las 72 horas. La declaración del médico que receta que respalde la solicitud de excepción se debe enviar por fax al 1-877-328-9660.

Si usted o la persona que receta 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.



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

---

## **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.

---

## **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 de 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.

---

## **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



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

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 de medicamentos cubiertos que comienza en la página 257. El índice enumera alfabéticamente 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 figura junto a un medicamento significa que el medicamento no pertenece a la Parte D. El monto que usted paga cuando surte una receta para este 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: 1-833-711-4711 o 711)**. También puede leer el Capítulo 9, sección D, *Decisiones de cobertura y apelaciones* del *Manual del Afiliado* para obtener información sobre cómo apelar una decisión.



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

La siguiente es una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna de Requisitos/Límites para indicarle si su medicamento está sujeto a algún requisito especial de cobertura.

## Lista de abreviaturas

---

**ADD:** Indica medicamentos que no pertenecen a la Parte D o artículos OTC que están cubiertos por Medicaid.

**B/D PA:** Este medicamento recetado podría estar cubierto bajo Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de las circunstancias. Puede ser necesario que se presente información que describa la utilización y las circunstancias en las que se administrará el medicamento, para que se pueda tomar una determinación.

**LA:** Disponibilidad limitada. Este medicamento recetado puede estar disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, llame al servicio de Atención al cliente.

**MO:** Medicamento obtenido por correo. Este medicamento recetado está disponible a través de nuestro servicio de pedido por correo, así como en las farmacias minoristas de nuestra red. Considere utilizar el servicio de farmacia por correo para obtener sus medicamentos de uso continuo, o de mantenimiento (por ejemplo, los medicamentos para la presión sanguínea elevada). Las farmacias minoristas de la red pueden ser más adecuadas para obtener medicamentos de uso a corto plazo (por ejemplo, los antibióticos).

**NDS:** Suministro no extendido

**PA:** Autorización previa. El Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para obtener ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación antes de que se surtan sus recetas. Si no obtiene aprobación, podríamos no cubrir el medicamento.

**QL:** Límite de cantidad. En el caso de ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

**ST:** Terapia de paso. En algunos casos, el Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para el tratamiento de su afección médica antes de que podamos cubrir otro medicamento para tratar esa afección. Por ejemplo, si puede utilizarse tanto un medicamento A como un medicamento B en el tratamiento de la misma afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le produce mejoras, cubriremos el medicamento B.

**V:** Esta vacuna se suministra a los adultos sin costo alguno cuando se usa según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<b>ANTIINFECCIOSOS</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
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 ORAL	2	PA; NDS
<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; NDS
<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; NDS
<i>nystatin oral</i>	1	MO
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	PA; MO; QL (96 per 30 days); NDS
<i>terbinafine hcl oral</i>	1	MO
<i>voriconazole intravenous</i>	1	PA; MO; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	1	PA; MO; NDS
<i>voriconazole oral tablet</i>	1	PA; MO
<b>AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
<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>trimethoprim</i>	1	MO
<b>ANTIINFECCIOSOS VARIOS</b>		
<i>albendazole</i>	1	MO; NDS
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	1	PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ARIKAYCE	2	PA; LA; NDS
<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); NDS
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	MO
<i>clindamycin hcl</i>	1	MO
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
<i>clindamycin phosphate injection</i>	1	PA; MO
COARTEM	2	MO
<i>colistin (colistimethate na)</i>	1	PA; MO; QL (30 per 10 days)
<i>cvs pinworm treatment 50 mg/ml</i>	3	ADD
<i>dapsone oral</i>	1	MO
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	2	MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	MO; NDS
EMVERM	2	MO; NDS
<i>ertapenem</i>	1	PA; MO; QL (14 per 14 days)
<i>ethambutol</i>	1	MO
<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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	1	PA; MO
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	1	MO; NDS
<i>linezolid oral tablet</i>	1	MO
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	1	PA
<i>mefloquine</i>	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram</i>	1	PA; QL (30 per 10 days)
<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA; 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; NDS
<i>paromomycin</i>	1	
<i>pentamidine inhalation</i>	1	B/D PA; MO; QL (1 per 28 days)
<i>pentamidine injection</i>	1	MO
<i>pinaway 50 mg/ml suspension</i>	3	ADD
<i>pinworm medicine 144 mg/ml</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>praziquantel</i>	1	MO
PRIFTIN	2	MO
PRIMAQUINE	2	MO
<i>pyrazinamide</i>	1	MO
<i>pyrimethamine</i>	1	PA; MO; NDS
<i>quinine sulfate</i>	1	MO
<i>reese's pinworm 144 mg/ml susp</i>	3	MO; ADD
<i>rifabutin</i>	1	MO
<i>rifampin</i>	1	MO
SIRTURO	2	PA; LA; NDS
STREPTOMYCIN	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
<i>tigecycline</i>	1	PA; MO; NDS
<i>tinidazole</i>	1	MO
TOBI PODHALER	2	MO; QL (224 per 56 days); NDS
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	1	PA; MO; QL (280 per 28 days); NDS
<i>tobramycin inhalation</i>	1	PA; MO; QL (224 per 28 days); NDS
<i>tobramycin sulfate injection recon soln</i>	1	PA; QL (9 per 14 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	1	PA; MO
TRECTOR	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 11/18/2024.

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 1 GRAM/200 ML	2	PA; QL (4000 per 10 days)
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)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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)
VIBATIV INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	2	PA; NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	2	QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	2	MO; QL (90 per 30 days); NDS
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<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
APTIVUS	2	MO; NDS
<i>atazanavir</i>	1	MO
BARACLUDE ORAL SOLUTION	2	MO; NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BIKTARVY	2	MO; NDS
CABENUVA	2	MO; NDS
<i>cidofovir</i>	1	B/D PA; MO; NDS
CIMDUO	2	MO; NDS
COMPLERA	2	MO; NDS
<i>darunavir</i>	1	MO; NDS
DELSTRIGO	2	MO; NDS
DESCOVY	2	MO; NDS
DOVATO	2	MO; NDS
EDURANT	2	MO; NDS
<i>efavirenz oral tablet</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	1	MO; NDS
<i>efavirenz-lamivudina-tenofovir disoproxil fumarato</i>	1	MO; NDS
<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); NDS
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days); NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	2	PA; MO; QL (28 per 28 days); NDS
<i>etravirine</i>	1	MO; NDS
EVOTAZ	2	MO; NDS
<i>famciclovir</i>	1	MO
<i>fosamprenavir</i>	1	MO
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	2	MO; NDS
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	1	B/D PA
GENVOYA	2	MO; NDS
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	2	PA; MO; QL (28 per 28 days); NDS
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days); NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	2	PA; MO; QL (56 per 28 days); NDS
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	2	PA; MO; QL (28 per 28 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	2	MO
ISENTRESS HD	2	MO; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	2	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET	2	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	2	MO; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	2	MO
JULUCA	2	MO; NDS
LAGEVRIO (EUA)	1	QL (40 per 30 days)
<i>lamivudine</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir</i>	1	MO
<i>maraviroc</i>	1	MO; NDS
<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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ODEFSEY	2	MO; NDS
<i>oseltamivir</i>	1	MO
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	1	QL (20 per 30 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 per 30 days)
PIFELTRO	2	MO; NDS
PREVYMIS INTRAVENOUS	2	PA; NDS
PREVYMIS ORAL	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
PREZCOBIX	2	MO; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION	2	MO; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	2	MO
RELENZA DISKHALER	2	MO
RETROVIR INTRAVENOUS	2	MO
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	2	MO; NDS
<i>ribavirin oral capsule</i>	1	MO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>rimantadine</i>	1	MO
<i>ritonavir</i>	1	MO
RUKOBIA	2	MO; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION	2	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	2	MO
STRIBILD	2	MO; NDS
SUNLENCA	2	NDS
SYMTUZA	2	MO; NDS
SYNAGIS	2	MO; LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	2	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	2	MO; NDS
TIVICAY PD	2	MO; NDS
TRIUMEQ	2	MO; NDS
TRIUMEQ PD	2	MO; NDS
TROGARZO	2	MO; LA; NDS
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	1	MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>valganciclovir oral tablet</i>	1	MO
VEKLURY	2	NDS
VEMLIDY	2	MO; NDS
VIRACEPT ORAL TABLET	2	MO; NDS
VIREAD ORAL POWDER	2	MO; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	2	MO
VOSEVI	2	PA; MO; QL (28 per 28 days); NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	2	MO
<i>zidovudine</i>	1	MO
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<i>cefaclor oral capsule</i>	1	MO
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cefadroxil oral capsule</i>	1	MO
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>	1	MO
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	MO
<i>cefazolin injection recon soln 10 gram, 100 gram, 300 gram</i>	1	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefdinir</i>	1	MO
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i>	1	
<i>cefepime injection</i>	1	MO
<i>cefixime</i>	1	MO
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	1	PA
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	PA
<i>cefpodoxime</i>	1	MO

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>tazicef injection</i>	1	PA; MO
<i>tazicef intravenous</i>	1	PA
TEFLARO	2	PA; MO; NDS
<b>ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS</b>		
<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); NDS
<i>e.e.s. 400 oral tablet</i>	1	MO
<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	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1	MO
<i>erythromycin oral</i>	1	MO
<b>PENICILINAS</b>		
<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 oral suspension for reconstitution</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg</i>	1	MO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 400-57 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<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 INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML	2	PA; MO
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 600,000 UNIT/ML	2	PA
<i>dicloxacillin</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>	1	PA
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	PA; MO
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	1	PA; NDS
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</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 INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	2	PA
<i>penicillin g potassium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin g sodium</i>	1	PA; MO
<i>penicillin v potassium</i>	1	MO
<i>pfizerpen-g</i>	1	PA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
----------------------------------------------------------------------------	---	--

<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	1	MO
---------------------------------------------------------------------------------------	---	----

### QUINOLONAS

<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
-------------------------------------------------------------	---	----

<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	1	PA; MO
--------------------------------------	---	--------

<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	1	
----------------------------------------------------------------------	---	--

<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml</i>	1	PA
---------------------------------------------------------------	---	----

<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	PA; MO
-------------------------------------------------------------------------------	---	--------

<i>levofloxacin intravenous</i>	1	PA
---------------------------------	---	----

<i>levofloxacin oral</i>	1	MO
--------------------------	---	----

<i>moxifloxacin oral</i>	1	MO
--------------------------	---	----

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

<i>moxifloxacin-sodium chloride(iso)</i>	1	PA; MO
------------------------------------------	---	--------

### SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS

<i>sulfadiazine</i>	1	MO
---------------------	---	----

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

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

### TETRACICLINAS

<i>demeclocycline</i>	1	MO
-----------------------	---	----

<i>doxy-100</i>	1	PA; MO
-----------------	---	--------

<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	1	PA
----------------------------------------	---	----

<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	1	MO
-----------------------------------------	---	----

<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1	MO
-------------------------------------------------------------	---	----

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

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>minocycline oral capsule</i>	1	MO
<i>minocycline oral tablet</i>	1	MO
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule</i>	1	MO

## CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

### AGENTES ANTIARRÍTMICOS

<i>adenosine</i>	1	
<i>amiodarone intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>amiodarone 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	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)</i>	1	
<i>mexiletine</i>	1	MO
MULTAQ	2	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>procainamide injection</i>	1	
<i>propafenone</i>	1	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1	MO
<i>sorine oral tablet 120 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 160 mg</i>	1	MO
<i>sotalol af</i>	1	
<i>sotalol oral</i>	1	MO
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dobutamine in d5w intravenous parenteral solution 1,000 mg/250 ml (4,000 mcg/ml), 250 mg/250 ml (1 mg/ml), 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 200 mg/250 ml (800 mcg/ml), 400 mg/250 ml (1,600 mcg/ml), 400 mg/500 ml (800 mcg/ml), 800 mg/500 ml (1,600 mcg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine in 5 % dextrose intravenous solution 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>dopamine intravenous solution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>dopamine intravenous solution 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
ENTRESTO	2	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE	2	QL (240 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ivabradine</i>	1	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	NDS
VERQUVO	2	MO; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX	2	PA; MO; NDS
<b>AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL</b>		
<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 oral granules</i>	1	MO
<i>colestipol oral packet</i>	1	
<i>colestipol oral tablet</i>	1	MO
<i>endur-acin er 250 mg tablet</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>endur-acin er 500 mg tablet</i>	3	ADD
<i>endur-acin er 750 mg tablet</i>	3	ADD
<i>ezetimibe</i>	1	MO
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i>	1	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
<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>icosapent ethyl</i>	1	MO
JUXTAPID	2	PA; MO; LA; NDS

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>niacin sa 250 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg capsule p/f,n,gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niacin tr 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>niavasc sr 500 mg tablet</i>	3	ADD
<i>niavasc sr 750 mg tablet</i>	3	ADD
<i>omega-3 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	MO

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	MO; ADD
<i>pitavastatin calcium</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>plain niacin 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>plain niacin 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>pravastatin</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<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
<i>slo-niacin 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SLO-NIACIN 750 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>super omega-3 softgel</i>	3	ADD
<b>NITRATOS</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr</i>	1	MO
<i>nitro-bid</i>	1	MO
<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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<b>TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO</b>		
<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</i>	1	MO
<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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>captopril</i>	1	MO
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>cartia xt</i>	1	MO
<i>carvedilol</i>	1	MO
<i>chlorothiazide sodium</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch</i>	1	MO; QL (4 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</i>	1	MO
<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	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>eplerenone</i>	1	MO
<i>esmolol intravenous solution</i>	1	
<i>ethacrynate sodium</i>	1	NDS
<i>felodipine</i>	1	MO
<i>fosinopril</i>	1	MO
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution</i>	1	MO
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet</i>	1	MO
<i>hydralazine</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>indapamide</i>	1	MO
<i>irbesartan</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>isosorbide-hydralazine</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>isradipine</i>	1	
KERENDIA	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>labetalol intravenous 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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>metyrosine</i>	1	PA; MO; NDS
<i>minoxidil oral</i>	1	MO
<i>moexipril</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	MO
<i>nebivolol</i>	1	MO
<i>nicardipine intravenous solution</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nicardipine oral</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
<i>nimodipine oral capsule</i>	1	MO
<i>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</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>ramipril</i>	1	MO
<i>spironolactone 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	1	MO
<i>telmisartan</i>	1	MO
<i>telmisartan-amlodipine</i>	1	MO
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 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>torse mide oral</i>	1	MO
<i>trandolapril</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil</i>	1	MO
<i>treprost inil sodium</i>	1	PA; MO; LA; NDS
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	MO
UPTRAVI ORAL	2	PA; MO; LA; NDS
<i>valsartan oral tablet</i>	1	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	MO
<i>veletri</i>	1	B/D PA; MO
<i>verapamil intravenous</i>	1	
<i>verapamil oral</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<b>TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN</b>		
<i>aminocaproic acid intravenous</i>	1	MO
<i>aminocaproic acid oral</i>	1	MO; NDS
<i>aspirin-dipyridamole</i>	1	MO
BRILINTA	2	MO
CABLIVI INJECTION KIT	2	PA; LA; NDS
CEPROTIN (BLUE BAR)	2	PA; MO
CEPROTIN (GREEN BAR)	2	PA; MO
<i>cilostazol</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	MO; QL (30 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; NDS
DOPTELET (15 TAB PACK)	2	PA; MO; LA; NDS
DOPTELET (30 TAB PACK)	2	PA; MO; LA; NDS
ELIQUIS	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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 subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	1	MO; NDS
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml)</i>	1	

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/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	1	MO
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 2,000 unit/1,000 ml</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i>	1	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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 5,000 unit/0.5 ml</i>	1	MO
<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
<i>pentoxifylline</i>	1	MO
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML SYR P/F,SDV	3	MO; ADD
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML VIAL INNER, SUV	3	ADD
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML VIAL OUTER, SUV	3	ADD
<i>phytonadione 10 mg/ml ampul suv,inner</i>	3	ADD
<i>phytonadione 10 mg/ml ampul suv,outer</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>phytonadione 10 mg/ml vial inner, suv</i>	3	ADD
<i>phytonadione 10 mg/ml vial outer, suv</i>	3	ADD
<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; NDS
<i>protamine</i>	1	
<i>vitamin k-1 1 mg/0.5 ml ampul suv, inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin k-1 1 mg/0.5 ml ampul suv, outer</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin k-1 10 mg/ml ampul suv, inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin k-1 10 mg/ml ampul suv, outer</i>	3	MO; ADD
<i>warfarin</i>	1	MO
XARELTO	2	MO
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	2	MO

## GASTROENTEROLOGÍA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS</b>		
<i>acid gone antacid liquid</i>	3	MO; ADD
<i>acid gone tablet chew</i>	3	MO; ADD
<i>almacone-2 liquid</i>	3	MO; ADD
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	1	PA; MO
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>aluminum hydroxide gel</i>	3	MO; ADD
<i>antacid anti-gas liquid</i>	3	ADD
<i>antacid anti-gas max str liq</i>	3	ADD
<i>antacid ex-str tablet chew</i>	3	ADD
<i>antacid extra strength chw tab</i>	3	ADD
<i>antacid liquid</i>	3	ADD
<i>antacid-antigas 1000-60 mg chw</i>	3	ADD
<i>antacid-antigas liquid</i>	3	MO; ADD
<b>ANTACID-ANTIGAS LIQUID</b>	3	MO; ADD
<i>antacid-antigas suspension</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>anti-gas 180 mg softgel</i>	3	ADD
<i>aprepitant</i>	1	B/D PA; MO
<i>balsalazide</i>	1	MO
<i>betaine</i>	1	MO; NDS
<i>bisacodyl 10 mg suppository</i>	3	MO; ADD
<i>bisacodyl ec 5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release</i>	1	MO
<i>budesonide oral tablet, delayed and extended release</i>	1	MO; NDS
<i>castor oil</i>	3	ADD
<i>castor oil stimulant laxative</i>	3	ADD
<i>castor oil usp</i>	3	ADD
<i>castor oil usp (rx)</i>	3	ADD
<b>CHENODAL</b>	2	PA; LA; NDS
<i>chocolated laxative</i>	3	ADD
<b>CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG</b>	2	PA; NDS
<b>CHOLBAM ORAL CAPSULE 50 MG</b>	2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
<b>CIMZIA POWDER FOR RECONST</b>	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CIMZIA STARTER KIT	2	PA; MO; QL (3 per 180 days); NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS
CINVANTI	2	MO
<i>citrucel 500 mg caplet</i>	3	MO; ADD
CITRUCEL POWDER	3	MO; ADD
CITRUCEL POWDER S-F	3	MO; ADD
CITRUCEL POWDER S-F ORANGE	3	MO; ADD
<i>clearlax powder</i>	3	MO; ADD
<i>clearlax powder 14 once-daily doses</i>	3	MO; ADD
<i>clearlax powder 30 once-daily doses</i>	3	MO; ADD
<i>clearlax powder 7 once-daily doses</i>	3	MO; ADD
<i>clearlax powder packet</i>	3	ADD
COLACE 100 MG CAPSULE	3	MO; ADD
COLACE 2-IN-1 TABLET	3	MO; ADD
COLACE CLEAR 50 MG SOFTGEL	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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 cal 240 mg softgel inner</i>	3	MO; ADD
<i>docusate cal 240 mg softgel outer</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sod 100 mg/10 ml cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sod 100 mg/10 ml cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg inner, softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg outer, softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 100 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 250 mg softgel</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>docusate sodium 250 mg softgel inner</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 250 mg softgel outer</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 50 mg/5 ml cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 50 mg/5 ml cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>docusate sodium 50 mg/5 ml liq</i>	3	MO; ADD
DOCUSATE SODIUM MINI ENEMA	3	ADD; QL (15 per 30 days)
DOCUSOL KIDS 100 MG MINI-ENEMA 5ML MINI-ENEMA, OUTER	3	MO; ADD; QL (15 per 30 days)
<i>dok 100 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>driminate 50 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>dronabinol oral capsule 10 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	1	B/D PA
<i>droperidol injection solution</i>	1	MO
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	2	B/D PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>enema disposable</i>	3	MO; ADD; QL (399 per 30 days)
<i>enema ready to use</i>	3	ADD; QL (399 per 30 days)
<i>enema ready to use</i>	3	ADD; QL (399 per 30 days)
ENEMEEZ MINI ENEMA	3	MO; ADD
ENEMEEZ MINI ENEMA 5CC TUBES, OUTER	3	MO; ADD; QL (15 per 30 days)
ENEMEEZ PLUS MINI ENEMA	3	MO; ADD
ENEMEEZ PLUS MINI ENEMA OUTER	3	MO; ADD; QL (15 per 30 days)
ENTYVIO	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS
<i>enulose</i>	1	MO
<i>epsom salt</i>	3	ADD
<i>epsom salt granules</i>	3	ADD
<i>eql castor oil</i>	3	ADD
<i>fiber powder</i>	3	ADD
<i>fiber tablet unboxed</i>	3	MO; ADD
<i>fiber tabs</i>	3	ADD
<i>fiber therapy 500 mg caplet</i>	3	ADD
<i>fiber therapy powder</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fiber-lax 625 mg tablet 500mg polycarbophil</i>	3	MO; ADD
FLEET BISACODYL 10 MG ENEMA	3	MO; ADD; QL (111 per 30 days)
<i>fleet enema</i>	3	MO; ADD; QL (399 per 30 days)
<i>fleet enema 2x133ml, twin pack</i>	3	MO; ADD; QL (798 per 30 days)
<i>fleet enema 4x133ml</i>	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 SUPPOSITORIES	3	MO; ADD
FLEET PEDIA-LAX TABLET CHEW	3	MO; ADD
<i>fosaprepitant</i>	1	MO
<i>gas relief (simeth) 80 mg chew</i>	3	ADD

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gavilax powder 30 day</i>	3	MO; ADD
<i>gavilyte-c</i>	1	MO
<i>gavilyte-g</i>	1	MO
<i>gavilyte-n</i>	1	
GAVISCON ES TABLET CHEW EXTRA STRENGTH	3	MO; ADD
GAVISCON EXTRA STRENGTH LIQUID	3	MO; ADD
GAVISCON LIQUID	3	ADD
<i>generlac</i>	1	
<i>gentle laxative 10 mg supp</i>	3	MO; ADD
<i>gentle laxative ec 5 mg tablet</i>	3	ADD
GNP ANTI-GAS 180 MG SOFTGEL	3	ADD
<i>gnp gas rlf(simeth) 80 mg chew</i>	3	ADD
<i>gnp gentle laxative 10 mg supp</i>	3	MO; ADD
<i>gnp gentle laxative ec 5 mg tb</i>	3	ADD
<i>gnp senna lax 8.6 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp senna plus 8.6-50 mg tab</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp stool softener 100 mg sfgl</i>	3	ADD
<i>gnp stool softener 240 mg sfgl</i>	3	ADD
<i>gnp stool softener 250 mg sfgl</i>	3	ADD
<i>gnp stool softener-stim lax tb</i>	3	ADD
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	
<i>granisetron hcl oral</i>	1	B/D PA; MO
<i>gs clearlax powder</i>	3	MO; ADD
<i>gs gas relief 180 mg softgel</i>	3	ADD
GS HEMORRHOIDAL OINTMENT	3	MO; ADD
<i>gs stool softener 100 mg sftgl</i>	3	ADD
<i>healthylax powder packet inner</i>	3	MO; ADD
<i>healthylax powder packet outer</i>	3	MO; ADD
HEARTBURN RELIEF 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hm antacid anti-gas suspension original, max str</i>	3	ADD
<i>hm antacid-antigas suspension</i>	3	MO; ADD
<i>hm clearlax powder</i>	3	MO; ADD
<i>hm clearlax powder 7 once-daily doses</i>	3	MO; ADD
<i>hm enema ready to use</i>	3	ADD; QL (399 per 30 days)
<i>hm enema ready to use twin pak</i>	3	ADD; QL (399 per 30 days)
<i>hm gas relief 125 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>hm gas relief(simeth) 80 mg chw</i>	3	ADD
<i>hm gentle laxative 10 mg supp</i>	3	MO; ADD
<i>hm inf gas relief 20 mg/0.3 ml</i>	3	MO; ADD
<i>hm laxative ec 5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>hm magnesium citrate solution</i>	3	MO; ADD
<i>hm milk of magnesia suspension mint</i>	3	MO; ADD
<i>hm milk of magnesia suspension original</i>	3	MO; ADD
<i>hm motion sickness 50 mg tab</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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
<i>hm stool softener 100 mg sftgl</i>	3	ADD
<i>hm stool softener 250 mg sftgl</i>	3	ADD
<i>hm stool softener-stim lax tab</i>	3	ADD
<i>hydrocortisone rectal</i>	1	MO
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i>	1	MO
<i>infant gas rlf 20 mg/0.3 ml</i>	3	MO; ADD
<i>infants' gas rlf 20 mg/0.3 ml</i>	3	MO; ADD
<i>infants' simethicone drops</i>	3	MO; ADD
<i>konsyl 6 gm packet gluten-f, outer (otc)</i>	3	MO; 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	
<i>laxative 15 mg tablet</i>	3	ADD
<i>laxative 25 mg tablet</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>laxative ec 5 mg tablet</i>	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
<i>mag-al plus suspens 30 ml cup 100's,u-d,10x10</i>	3	ADD
<i>mag-al plus suspension cup outer</i>	3	ADD
<i>mag-al plus xs susp 30 ml cup</i>	3	ADD
MAGNESIUM LACTATE SR 84 MG CPT	3	MO; ADD
<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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>meclizine 12.5 mg caplet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>meclizine 12.5 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>meclizine 25 mg tablet chew</i>	3	MO; ADD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets)</i>	1	MO
<i>mesalamine oral capsule, extended release</i>	1	NDS
<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 injection syringe</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1	MO
<i>metoclopramide hcl 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>milk of magnesia susp 2,400 mg/30 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>milk of magnesia susp 2,400 mg/30 ml cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>milk of magnesia susp 2,400 mg/30 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>milk of magnesia susp 2,400 mg/30 ml cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>milk of magnesia suspension</i>	3	MO; ADD
<i>milk of magnesia suspension 100's, u-d</i>	3	MO; ADD
<i>mineral oil</i>	3	MO; ADD
<i>mintox maximum strength susp max str, lemon creme</i>	3	MO; ADD
<i>mintox plus tablet chewable</i>	3	MO; ADD
<i>motion sickness 50 mg tablet</i>	3	ADD
<i>motion sickness rlf 25 mg tab</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>motion-time 25 mg tablet chew</i>	3	ADD
MOVANTIK	2	MO; QL (30 per 30 days)
<i>natural fiber laxative capsule</i>	3	ADD
<i>nitroglycerin rectal</i>	1	MO
OICALIVA	2	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	1	MO
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>onelax senna 8.8 mg/5 ml syrup</i>	3	ADD
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	1	MO
<i>palonosetron intravenous syringe</i>	1	
<i>peg 3350-electrolytes</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	1	MO
<i>peg-electrolyte</i>	1	MO
PENTASA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 250 MG	2	MO
PHAZYME 250 MG SOFTGEL MAX-STRENGTH,SOFT GEL	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 14 once-daily doses (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 17 grams pkt,inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 17 grams pkts,outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 30 once-daily doses (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 7 once-daily doses (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd inner (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>polyethylene glycol 3350 powd 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>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
<i>qc antacid suspension regular strength</i>	3	ADD
<i>qc antacid-antigas max str</i>	3	ADD
<i>qc antacid-antigas suspension regular strength</i>	3	MO; ADD
<i>qc castor oil odorless-tasteless</i>	3	ADD
<i>qc chocolate laxative</i>	3	ADD
<i>qc gas relief 125 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>qc gentle laxative 10 mg supp</i>	3	MO; ADD
<i>qc heartburn antacid chew tab</i>	3	ADD
<i>qc magnesium citrate solution</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>qc magnesium citrate solution lemon flavor</i>	3	MO; ADD
<i>qc milk of magnesia suspension</i>	3	MO; ADD
<i>qc milk of magnesia suspension mint flavor</i>	3	MO; ADD
<i>qc milk of magnesia suspension original flavor</i>	3	MO; ADD
<i>qc mineral oil heavy</i>	3	MO; ADD
<i>qc natura-lax 17 gm powder</i>	3	ADD
<i>qc ready to use enema</i>	3	ADD; QL (399 per 30 days)
<i>qc ready to use enema twin pack</i>	3	ADD; QL (798 per 30 days)
<i>qc stool softener 100 mg sfigl</i>	3	ADD
<i>qc stool softener-laxative tab</i>	3	ADD
<i>qc vegetable laxative 8.6 mg tb</i>	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); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	2	MO; QL (18 per 30 days); NDS
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	2	MO; QL (12 per 30 days); NDS
REMICADE	2	PA; MO; QL (20 per 28 days); NDS
SANCUSO	2	MO; NDS
<i>scopolamine base</i>	1	MO
<i>senexon-s 50-8.6 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>senna 17.6 mg/10 ml syrup cup</i>	3	MO; ADD
<i>senna 26.4 mg/15 ml syrup cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>senna 26.4 mg/15 ml syrup cup outer</i>	3	MO; ADD
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
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup</i>	3	MO; ADD
<i>senna 8.8 mg/5 ml syrup cup</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SENOKOT-S TABLET	3	MO; ADD
<i>simethicone 125 mg tab chew</i>	3	ADD
<i>simethicone 180 mg softgel</i>	3	ADD
<i>simethicone 80 mg tab chew</i>	3	MO; ADD
SKYRIZI INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (30 per 180 days); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	2	PA; MO; QL (1.2 per 56 days); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	2	PA; MO; QL (2.4 per 56 days); NDS
<i>sm adv antacid-antigas liquid</i>	3	ADD
<i>sm adv antacid-antigas susp max strength, cherry</i>	3	ADD
<i>sm antacid max strength susp original</i>	3	ADD
<i>sm antacid-antigas liquid</i>	3	MO; ADD
<i>sm clearlax powder</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm clearlax powder 7 once-daily doses</i>	3	MO; ADD
<i>sm enema ready to use</i>	3	ADD; QL (399 per 30 days)
<i>sm enema ready to use twin pak</i>	3	ADD; QL (399 per 30 days)
<i>sm epsom salt granules</i>	3	ADD
<i>sm fiber 625 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>sm fiber laxative 500 mg cplt</i>	3	ADD
<i>sm gas relief 125 mg chew tab</i>	3	MO; ADD
<i>sm gas relief 125 mg softgel</i>	3	MO; ADD
SM GAS RELIEF 180 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>sm gas relief(simeth) 80 mg chw</i>	3	ADD
<i>sm gentle laxative ec 5 mg tab</i>	3	ADD
<i>sm inf gas relief 20 mg/0.3 ml non-staining</i>	3	MO; ADD
<i>sm magnesium citrate solution</i>	3	MO; ADD
<i>sm milk of magnesia suspension</i>	3	MO; ADD
<i>sm milk of magnesia suspension mint</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm milk of magnesia suspension original</i>	3	MO; ADD
<i>sm motion sickness 25 mg tab</i>	3	ADD
<i>sm motion sickness 50 mg tab</i>	3	ADD
SM READY TO USE MIN OIL ENEMA	3	ADD; QL (399 per 30 days)
<i>sm senna laxative 8.6 mg tab</i>	3	ADD
<i>sm stool softener 100 mg sftgl</i>	3	ADD
<i>sm stool softener 100 mg tab</i>	3	ADD
<i>sm stool softener-laxative tab</i>	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</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,EP,JP (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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SODIUM BICARBONATE POWDER USP, FOOD GRADE (RX)	3	ADD
<i>sodium, potassium, magnesium sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	1	MO
<i>sodium, potassium, magnesium sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	1	
<i>stimulant laxative plus tablet</i>	3	MO; ADD
<i>stool softener 100 mg softgel</i>	3	ADD
STOOL SOFTENER-STIM LAX SOFTGL	3	ADD
<i>stool softener-stim lax tablet</i>	3	ADD
SUCRAID	2	PA; NDS
<i>sulfasalazine</i>	1	MO
TRULANCE	2	QL (30 per 30 days)
<i>tums ultra str chewy delights</i>	3	MO; ADD
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet</i>	1	MO
VARUBI	2	B/D PA

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VIBERZI	2	MO; QL (60 per 30 days); NDS
VIOKACE	2	MO
<i>women's gentle lax ec 5 mg tab</i>	3	ADD
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT	2	MO
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 60,000-189,600-252,600 UNIT	2	MO; NDS
ZYMFENTRA	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS

**ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS**

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acidophilus 16 mg capsule extra strength (rx)</i>	3	ADD
<i>acidophilus 16 mg capsule p/f, extra strength (rx)</i>	3	ADD
<i>acidophilus probiotic tablet</i>	3	ADD
<i>acidophilus-pectin capsule</i>	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS-PECTIN CAPSULE	3	ADD
ACIDOPHILUS-PECTIN CAPTAB (RX)	3	MO; ADD
<i>anti-diarrheal 1 mg/7.5 ml sol</i>	3	ADD
<i>anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>anti-diarrheal 2 mg softgel</i>	3	ADD
<i>anti-diarrheal 2 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>atropine injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropine injection syringe 0.1 mg/ml</i>	1	
<i>atropine intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>atropine intravenous syringe 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/ml)</i>	1	
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE	3	MO; ADD
AZO DUAL PROTECTN 150-15 MG CP	3	ADD
BIO-K PLUS DR 50 BILLION CAP	3	ADD
BIOMEPRO 100 BILLION CFU LIQ OUTER	3	ADD
BIOMEPRO DR 50 BILLION CFU CAP	3	ADD
BIOMEPRO DR 50 BILLION CFU CAP OUTER	3	ADD
<i>bismuth 262 mg tablet chew</i>	3	MO; ADD
CULTURELLE ADV REG 11B CFU CAP	3	ADD
CULTURELLE WOMEN'S 12B CHEW TB	3	ADD
CULTURELLE WOMEN'S 4-IN-1 CAP	3	MO; ADD
<i>dicyclomine intramuscular</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dicyclomine oral capsule</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral solution</i>	1	MO
<i>dicyclomine oral tablet</i>	1	MO
<i>diphenoxylate-atropine</i>	1	MO
EQL PROBIOTIC ACIDOPHIL-PECTIN	3	MO; ADD
FLORAJEN WOMEN 15 B CELL CAP	3	MO; ADD
<i>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	
<i>gnp pink bismuth 262 mg tb chw</i>	3	ADD
<i>gnp stomach rlf 525 mg/30 ml</i>	3	MO; ADD
GS ANTI-DIARRHEAL 1 MG/7.5 ML	3	ADD
<i>gs anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hm stomach relief 525 mg/15 ml</i>	3	MO; ADD
<i>hm stomach relief 525 mg/30 ml</i>	3	MO; ADD
IDEAL BOWEL SUPPORT 10B CFU CP	3	ADD
KALA TABLET	3	ADD
<i>loperamide 1 mg/7.5 ml soln</i>	3	MO; ADD
LOPERAMIDE 1 MG/7.5 ML SOLN	3	MO; ADD
LOPERAMIDE 1 MG/7.5 ML SOLUTION CUP INNER	3	MO; ADD
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
<i>pink bismuth caplet</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PROBIOTIC 15 BILLION CELL CAP	3	ADD
PROBIOTIC ACIDOPHIL-PECTIN CAP	3	MO; ADD
<i>qc anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>qc anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>qc anti-diarrheal 2 mg softgel</i>	3	ADD
<i>qc stomach rlf 262 mg chew tab</i>	3	ADD
RA DIGESTIVE HEALTH PROBIOTIC	3	ADD
<i>sm anti-diarrheal 1 mg/7.5 ml</i>	3	ADD
<i>sm anti-diarrheal 2 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>sm anti-diarrheal 2 mg softgel</i>	3	ADD
<i>sm stomach relief 525 mg/30 ml</i>	3	MO; ADD
<i>sm stomach rlf 262 mg caplet</i>	3	ADD
<i>sm stomach rlf 262 mg chew tab</i>	3	ADD
<i>stomach relief 262 mg caplet</i>	3	ADD
<i>stomach relief 262 mg chew tab</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>stomach relief 525 mg/15 ml</i>	3	MO; ADD
<i>stomach rlf 525 mg/30 ml susp</i>	3	MO; ADD
<b>TRATAMIENTO DE ÚLCERAS</b>		
<i>acid controller 20 mg tablet maximum strength</i>	3	ADD
<i>acid reducer 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>acid reducer 10 mg tablet original strength</i>	3	ADD
<i>acid reducer 20 mg tablet</i>	3	ADD
<i>acid reducer 20 mg tablet maximum strength</i>	3	ADD
<i>acid reducer 20 mg tablet max-str</i>	3	ADD
<i>acid reducer dr 20 mg cap</i>	3	ADD
<i>cimetidine</i>	1	MO
<i>cimetidine hcl oral</i>	1	
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>esomeprazole mag dr 20 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i>	1	MO
<i>famotidine (pf)</i>	1	MO
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	1	MO
<i>famotidine 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>famotidine 20 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>famotidine intravenous</i>	1	MO
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>gnp esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp omeprazole mag dr 20 mg cp</i>	3	MO; ADD
<i>gs acid reducer 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs acid reducer 20 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<i>heartburn relief 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>heartburn relief 20 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hm esomeprazole mag dr 20 mg (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>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 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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol</i>	1	MO
<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 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole mag dr 20.6 mg cap one 14-day course</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole mag dr 20.6 mg cap three 14-day course</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>omeprazole mag dr 20.6 mg cap two 14-day course</i>	3	MO; ADD
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<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; QL (60 per 30 days)
PREVACID 24HR DR 15 MG CAPSULE	3	ADD
<i>qc acid controller 10 mg tab</i>	3	ADD
<i>qc esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>qc lansoprazole dr 15 mg cap (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>qc omeprazole mag dr 20.6 mg three 14-day course</i>	3	MO; ADD
<i>sm acid reducer 10 mg tablet</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm acid reducer 20 mg tablet</i>	3	ADD
<i>sm acid reducer 20 mg tablet maximum strength</i>	3	ADD
<i>sm acid reducer 200 mg tablet</i>	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 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>sucralfate</i>	1	MO

## **IMMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA**

### **MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS**

ACTIMMUNE	2	B/D PA; MO; NDS
ARCALYST	2	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT	2	PA; MO; QL (1 per 28 days); NDS

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); NDS
BESREMI	2	PA; LA; NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	2	PA; MO; QL (14 per 28 days); NDS
ILARIS (PF)	2	PA; MO; LA; QL (2 per 28 days); NDS
LEUKINE INJECTION RECON SOLN	2	PA; MO; NDS
MOZOBIL	2	B/D PA; MO; NDS
NIVESTYM	2	PA; MO; NDS
NYVEPRIA	2	PA; MO; NDS
OMNITROPE	2	PA; MO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	MO; QL (4 per 28 days); NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	MO; QL (2 per 28 days); NDS
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR	2	PA; MO; QL (1 per 28 days); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 per 28 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 per 28 days); NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (1 per 180 days); NDS
<i>plerixafor</i>	1	B/D PA; MO; NDS
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	2	PA; MO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	2	PA; MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	2	PA; MO
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	2	PA; MO; NDS
ZARXIO	2	PA; MO; NDS
ZIEXTENZO	2	PA; MO; NDS
<b>VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS</b>		
ABRYSVO (PF)	1	V
ACTHIB (PF)	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT )(PF)	1	V
AREXVY (PF)	1	V
BCG VACCINE, LIVE (PF)	1	V
BEXSERO	1	V
BOOSTRIX TDAP	1	V
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	2	
DENGVAXIA (PF)	2	
ENGERIX-B (PF)	1	B/D PA; V

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	1	B/D PA; V
<i>fomepizole</i>	1	
GAMASTAN	2	MO
GARDASIL 9 (PF)	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	2	
HEPLISAV-B (PF)	1	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	2	
HIZENTRA	2	B/D PA; MO; NDS
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION	2	
HYPERHEP B NEONATAL	2	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	1	V
INFANRIX (DTAP) (PF)	2	
IPOL	1	V
IXCHIQ (PF)	1	V
IXIARO (PF)	1	V
JYNNEOS (PF)	1	B/D PA; V

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
KINRIX (PF)	2	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	V
MENQUADFI (PF)	1	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	V
M-M-R II (PF)	1	V
MRESVIA (PF)	1	V
PEDIARIX (PF)	2	
PEDVAX HIB (PF)	2	
PENBRAYA (PF)	1	V
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	2	
PREHEVBRIO (PF)	1	B/D PA; V
PRIORIX (PF)	1	V
PRIVIGEN	2	PA; MO; NDS
PROQUAD (PF)	2	
QUADRACEL (PF)	2	
RABAVERT (PF)	1	V
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA; V
ROTARIX	2	
ROTATEQ VACCINE	2	
SHINGRIX (PF)	1	V; QL (2 per 720 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TDVAX	1	V
TENIVAC (PF)	1	V
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	2	
TICE BCG	2	B/D PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	2	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	2	V
TRUMENBA	1	V
TWINRIX (PF)	1	V
TYPHIM VI	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	V

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VARIVAX (PF)	1	V
VARIZIG	2	
VAXCHORA VACCINE	1	V
YF-VAX (PF)	1	V
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES</b>		
<b>AGENTES COADYUVANTES</b>		
<i>dexrazoxane hcl</i>	1	B/D PA; MO; NDS
ELITEK	2	MO; NDS
KEPIVANCE INTRAVENOUS RECON SOLN 5.16 MG	2	NDS
KHAPZORY INTRAVENOUS RECON SOLN 175 MG	2	B/D PA; NDS
<i>leucovorin calcium oral</i>	1	MO
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution</i>	1	B/D PA; NDS
<i>mesna</i>	1	B/D PA; MO
MESNEX ORAL	2	MO; NDS
VISTOGARD	2	PA; NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XGEVA	2	B/D PA; MO; NDS

**MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES**

<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
ABRAXANE	2	B/D PA; MO; NDS
ADCETRIS	2	B/D PA; MO; NDS
ADSTILADRIN	2	PA; NDS
AKEEGA	2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ALECENSA	2	PA; MO; QL (240 per 30 days); NDS
ALIQOPA	2	B/D PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	2	PA; QL (30 per 180 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>anastrozole</i>	1	MO
ANKTIVA	2	PA; MO; NDS
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	B/D PA; NDS
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	B/D PA; MO; NDS
ASPARLAS	2	PA; NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	2	PA; MO; QL (240 per 30 days); NDS
AYVAKIT	2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>azacitidine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>azathioprine sodium</i>	1	B/D PA; MO
BALVERSA	2	PA; LA; NDS
BAVENCIO	2	B/D PA; LA; NDS
BELEODAQ	2	B/D PA; NDS
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO; NDS
BENDEKA	2	B/D PA; MO; NDS
BESPONSA	2	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>bexarotene</i>	1	PA; MO; NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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); NDS
COPIKTRA	2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
COTELLIC	2	PA; MO; LA; QL (63 per 28 days); NDS
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; MO
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1	B/D PA; MO
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG	2	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	2	B/D PA; MO
<i>cyclosporine 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; NDS

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; NDS
DARZALEX	2	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg, 70 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
<i>daunorubicin</i>	1	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
<i>decitabine</i>	1	B/D PA; MO; NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	1	B/D PA; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<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; NDS
DROXIA	2	MO
ELIGARD	2	PA; MO
ELIGARD (3 MONTH)	2	PA; MO
ELIGARD (4 MONTH)	2	PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ELIGARD (6 MONTH)	2	PA; MO
ELREXFIO	2	PA; NDS
ELZONRIS	2	PA; LA; NDS
EMPLICITI	2	B/D PA; MO; NDS
ENVARBUS XR	2	B/D PA; MO
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
EPKINLY	2	PA; NDS
ERBITUX	2	B/D PA; MO; NDS
<i>eribulin</i>	1	B/D PA; NDS
ERIVEDGE	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
ERWINASE	2	B/D PA; NDS
ETOPOPHOS	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 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	2	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; NDS
FOTIVDA	2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	2	PA; QL (84 per 28 days); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	2	PA; QL (21 per 28 days); NDS
<i>fulvestrant</i>	1	B/D PA; MO; NDS
FYARRO	2	PA; NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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); NDS
IMDELLTRA	2	PA; NDS
IMFINZI	2	B/D PA; MO; LA; NDS
IMJUDO	2	PA; MO; NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	2	PA; MO; QL (180 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
INQOVI	2	PA; MO; QL (5 per 28 days); NDS
INREBIC	2	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days); NDS
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	1	B/D PA; MO
<i>irinotecan intravenous solution 300 mg/15 ml, 500 mg/25 ml</i>	1	B/D PA; NDS
<i>irinotecan intravenous solution 40 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; NDS
ISTODAX	2	B/D PA; MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
IWILFIN	2	PA; LA; QL (240 per 30 days); NDS
IXEMPRA	2	B/D PA; MO; NDS
JAKAFI	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
JEMPERLI	2	PA; MO; NDS
JEVTANA	2	B/D PA; MO; NDS
JYLAMVO	2	B/D PA; MO
KADCYLA	2	PA; MO; NDS
KEYTRUDA	2	PA; NDS
KIMMTRAK	2	PA; NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	2	PA; MO; QL (49 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	2	PA; MO; QL (70 per 28 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	2	PA; MO; QL (91 per 28 days); NDS
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	2	PA; MO; QL (21 per 28 days); NDS
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	2	PA; MO; QL (42 per 28 days); NDS
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	2	PA; MO; QL (63 per 28 days); NDS
KOSELUGO	2	PA; NDS
KRAZATI	2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
KYPROLIS	2	B/D PA; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	1	PA; MO; NDS
<i>lapatinib</i>	1	PA; MO; QL (180 per 30 days); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO; QL (28 per 28 days); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg</i>	1	PA; QL (28 per 28 days); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	2	PA; MO; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
<i>letrozole</i>	1	MO
LEUKERAN	2	MO; NDS
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	1	PA; MO; NDS
LIBTAYO	2	PA; LA; NDS
LONSURF	2	PA; MO; NDS
LOQTORZI	2	PA; NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	2	PA; MO; QL (90 per 30 days); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	2	PA; MO; NDS
LUNSUMIO	2	PA; MO; NDS
LUPRON DEPOT	2	PA; MO; NDS
LYNPARZA	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
LYSODREN	2	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	2	PA; LA; NDS
MARGENZA	2	PA; NDS
MATULANE	2	NDS
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i>	1	PA
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	PA; MO
<i>megestrol oral tablet</i>	1	PA; MO

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
<i>mycophenolate sodium</i>	1	B/D PA; MO
MYHIBBIN	2	B/D PA; NDS
MYLOTARG	2	B/D PA; MO; LA; NDS
<i>nelarabine</i>	1	B/D PA; MO; NDS
NERLYNX	2	PA; MO; LA; NDS
<i>nilutamide</i>	1	PA; MO; NDS
NINLARO	2	PA; MO; QL (3 per 28 days); NDS
NUBEQA	2	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days); NDS
NULOJIX	2	B/D PA; MO; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	PA; MO; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO; NDS
<i>octreotide, microspheres</i>	1	PA; NDS
ODOMZO	2	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	2	PA; QL (96 per 28 days); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	2	PA; QL (16 per 28 days); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	2	PA; QL (20 per 28 days); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	2	PA; QL (24 per 28 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OJJAARA	2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
ONCASPAR	2	B/D PA; NDS
ONIVYDE	2	B/D PA; NDS
ONUREG	2	PA; MO; QL (14 per 28 days); NDS
OPDIVO	2	PA; MO; NDS
OPDUALAG	2	PA; MO; NDS
ORGOVYX	2	PA; LA; QL (30 per 28 days); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 50 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	B/D PA; MO
<i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	1	B/D PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PADCEV	2	PA; MO; NDS
<i>paraplatin</i>	1	B/D PA
<i>pazopanib</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
PEMAZYRE	2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; MO
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	1	B/D PA; NDS
PERJETA	2	B/D PA; MO; NDS
PIQRAY	2	PA; MO; NDS
POLIVY	2	PA; MO; NDS
POMALYST	2	PA; MO; LA; NDS
PORTRAZZA	2	B/D PA; MO; NDS
POTELIGEO	2	PA; NDS
PRALATREXATE	2	B/D PA; MO; NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PROGRAF INTRAVENOUS	2	B/D PA; MO
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	2	B/D PA; MO
PURIXAN	2	NDS
QINLOCK	2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	2	PA; MO; LA; QL (180 per 30 days); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	2	PA; MO; LA; QL (120 per 30 days); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	2	PA; MO; LA; QL (60 per 30 days); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	2	PA; MO; LA; QL (90 per 30 days); NDS
REVLIMID	2	PA; MO; LA; QL (28 per 28 days); NDS
REZLIDHIA	2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
REZUROCK	2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>romidepsin intravenous recon soln</i>	1	B/D PA; NDS

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	2	PA; QL (300 per 30 days); NDS
SIGNIFOR	2	PA; NDS
SIMULECT	2	B/D PA; MO
<i>sirolimus oral solution</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>sirolimus oral tablet</i>	1	B/D PA; MO
SOLTAMOX	2	MO; NDS
SOMATULINE DEPOT	2	PA; MO; NDS
<i>sorafenib</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
STIVARGA	2	PA; MO; QL (84 per 28 days); NDS
<i>sunitinib malate</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
TABLOID	2	MO
TABRECTA	2	PA; MO; NDS
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1	B/D PA; MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TAFINLAR ORAL CAPSULE	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	2	PA; MO; QL (840 per 28 days); NDS
TAGRISSO	2	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TALVEY	2	PA; NDS
TALZENNA	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
<i>tamoxifen</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	2	PA; MO; QL (112 per 28 days); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
TAZVERIK	2	PA; LA; NDS
TECENTRIQ	2	B/D PA; MO; LA; NDS
TECENTRIQ HYBREZA	2	B/D PA; LA; NDS
TECVAYLI	2	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOUS	2	B/D PA; MO; NDS
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA; MO; NDS
TEPMETKO	2	PA; LA; NDS
TEVIMBRA	2	PA; NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	2	PA; MO; QL (112 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	2	PA; MO; QL (28 per 28 days); NDS
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg</i>	1	B/D PA; NDS
<i>thiotepa injection recon soln 15 mg</i>	1	B/D PA; MO; NDS
TIBSOVO	2	PA; NDS
TIVDAK	2	PA; MO; NDS
<i>topotecan</i>	1	B/D PA; MO; NDS
<i>toremifene</i>	1	MO; NDS
<i>torpenz</i>	1	PA; QL (30 per 30 days); NDS
TRAZIMERA	2	B/D PA; MO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	2	PA; MO
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	1	MO; NDS
TRODELVY	2	PA; LA; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRUQAP	2	PA; QL (64 per 28 days); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	2	PA; LA; QL (300 per 30 days); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
UNITUXIN	2	B/D PA; NDS
<i>valrubicin</i>	1	B/D PA; MO; NDS
VANFLYTA	2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
VECTIBIX	2	B/D PA; MO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	2	PA; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK	2	PA; LA; QL (42 per 180 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VERZENIO	2	PA; MO; LA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>vinblastine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vincristine</i>	1	B/D PA; MO
<i>vinorelbine</i>	1	B/D PA; MO
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	2	PA; MO; LA; QL (60 per 30 days); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	2	PA; MO; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION	2	PA; MO; LA; QL (300 per 30 days); NDS
VIZIMPRO	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
VONJO	2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
VOTRIENT	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
VYXEOS	2	B/D PA; NDS
WELIREG	2	PA; LA; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XALKORI ORAL CAPSULE	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	2	PA; MO; QL (180 per 30 days); NDS
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG, 50 MG	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
XATMEP	2	B/D PA; MO
XERMELO	2	PA; LA; QL (84 per 28 days); NDS
XOSPATA	2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
XPOVIO	2	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
YERVOY	2	B/D PA; MO; NDS
YONDELIS	2	B/D PA; NDS
ZALTRAP	2	B/D PA; MO; NDS
ZANOSAR	2	B/D PA; MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	2	PA; MO; LA; QL (90 per 30 days); NDS
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	2	PA; MO; LA; QL (30 per 30 days); NDS
ZELBORAF	2	PA; MO; QL (240 per 30 days); NDS
ZEPZELCA	2	PA; NDS
ZIRABEV	2	B/D PA; MO; NDS
ZOLADEX	2	PA; MO
ZOLINZA	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
ZYDELIG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
ZYKADIA	2	PA; MO; QL (90 per 30 days); NDS
ZYNLONTA	2	PA; LA; NDS
ZYNYZ	2	PA; NDS
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.</b>		
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>		
APOKYN	2	PA; MO; LA; QL (90 per 30 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>apomorphine</i>	1	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>benztropine injection</i>	1	MO
<i>benztropine oral</i>	1	PA; MO
<i>bromocriptine</i>	1	MO
<i>carbidopa</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	1	MO
<i>entacapone</i>	1	MO
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	2	PA; QL (300 per 30 days); NDS
NEUPRO	2	MO
<i>pramipexole oral tablet</i>	1	MO
<i>rasagiline</i>	1	MO
<i>ropinirole</i>	1	MO
<i>selegiline hcl</i>	1	MO
<b>ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</b>		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<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 oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	1	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 600 mcg</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<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 10-325 mg/15 ml</i>	1	QL (5550 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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	MO
<i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid</i>	1	MO; QL (2400 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)

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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)
<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 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 ONLY, EXT.REL.12 HR 80 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
<b>ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS</b>		
<i>8 hour acetaminophen er 650 mg</i>	3	ADD
<i>8hr arthritis pain er 650 mg</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 120 mg suppos</i>	3	MO; ADD

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 liq</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml solution cup inner</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml solution cup outer</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml suspension cup inner</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml suspension cup outer</i>	3	ADD
<i>acetaminophen 325 mg gelcap</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen 325 mg/10.15 ml cup inner</i>	3	ADD
ACETAMINOPHEN 325 MG/10.15 ML CUP INNER	3	ADD
<i>acetaminophen 325 mg/10.15 ml cup outer</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acetaminophen er 650 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>acetaminophen er 650 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
ACETAMINOPHEN N POWDER USP (RX)	3	ADD
<i>adult aspirin regimen ec 81 mg</i>	3	ADD
<i>all day pain relief 220 mg tab</i>	3	ADD
<i>all day pain rlf 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>all day pain rlf 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>all day relief 220 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>all day relief 220 mg caplet caplet, gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>all day relief 220 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>all day relief 220 mg tablet gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>arthritis pain er 650 mg caplt</i>	3	ADD
<i>arthritis pain er 650 mg caplt caplet</i>	3	ADD
<i>arthritis pain er 650 mg tab inner</i>	3	ADD
<i>arthritis pain er 650 mg tab outer</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>aspirin 300 mg suppository</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 325 mg tablet regular strength</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet adult low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet child low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet gluten-free, orange</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin 81 mg chewable tablet low dose, cherry</i>	3	MO; ADD
<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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>aspirin ec 325 mg tablet regular strength</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin ec 81 mg tablet adult low dose</i>	3	MO; ADD
<i>aspirin regimen 81 mg ec tab</i>	3	ADD
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<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
<i>child acetaminophen 160 mg</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml syrg inner</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>child ibuprofen 100 mg/5 ml syrg outer</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 200 mg/10 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>child ibuprofen 200 mg/10 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>child pain-fever 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>child pain-fever 160 mg/5 ml as, ibuf</i>	3	MO; ADD
<i>child pain-fever 160 mg/5 ml gluten-f, grape</i>	3	MO; ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml berry</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml berry flavor</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml cup inner, d/f</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml cup outer, d/f</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml cup u-d</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml cup u-d, 100's, hosp use</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml cup u-d, 30's, hosp use</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml d/f</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml dye/free</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml gluten/f, berry</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml gluten/f, grape</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml gluten/f, bubble</i>	3	ADD
<i>children ibuprofen 100 mg/5 ml grape</i>	3	ADD
<i>children's mapap 80 mg tab chw</i>	3	MO; ADD
<i>child's mapap 160 mg tab chew</i>	3	MO; ADD
<i>chld acetaminophen 160 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>chld acetaminophen 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>chld acetaminophen 160 mg/5 ml cup</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 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<i>gnp ibuprofen 200 mg mini sfgl</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
<i>gnp pain relief 500 mg caplet</i>	3	ADD
<i>gnp pain relief 500 mg caplet</i>	3	ADD
<i>gnp pain relief 500 mg gelcap</i>	3	ADD
<i>gs arthritis pain er 650 mg</i>	3	ADD
<i>gs aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gs aspirin 81 mg chewable tab</i>	3	MO; ADD
<i>gs child fever-pain 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>gs child ibuprofen 100 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>gs child pain-fever 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>gs ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>gs ibuprofen 200 mg liquid gel</i>	3	MO; ADD

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<i>gs ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>gs inf ibuprofen 50 mg/1.25 ml</i>	3	MO; ADD
<i>gs infant pain-fever 160 mg/5</i>	3	ADD
<i>gs naproxen sod 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>gs naproxen sod 220 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs pain relief 325 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs pain relief 500 mg caplet</i>	3	ADD
<i>gs pain relief 500 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs pain relief er 650 mg cplt</i>	3	ADD
<i>hm arthrit pain rlf er 650 mg</i>	3	ADD
<i>hm aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hm aspirin ec 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hm aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hm child acetaminophen 160 mg</i>	3	ADD
<i>hm child ibuprofen 100 mg/5 ml bubble gum</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hm child ibuprofen 100 mg/5 ml gluten/f,berry</i>	3	ADD
<i>hm child ibuprofen 100 mg/5 ml grape</i>	3	ADD
<i>hm chld pain-fever 160 mg/5 ml dye-free</i>	3	MO; ADD
<i>hm ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hm naproxen sodium 220 mg cap</i>	3	ADD
<i>hm pain relief er 650 mg cplt</i>	3	ADD
<i>hm pain reliever 325 mg tablet regular strength</i>	3	ADD
<i>ibu</i>	1	MO
<i>ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg caplet caplet, coated</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg coated caplet</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<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, 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>inf acetaminophen 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml</i>	3	MO; ADD
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml berry</i>	3	MO; ADD
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml berry,infant</i>	3	MO; ADD
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml d/f,berry,infant</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml d/f, non-staining</i>	3	MO; ADD
<i>infant ibuprofen 50 mg/1.25 ml gluten/f, berry</i>	3	MO; ADD
<i>infant pain-fever 160 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>infant pain-fever 160 mg/5 ml grape</i>	3	ADD
<i>infant pain-fever 160 mg/5 ml w/syringe, cherry</i>	3	ADD
<i>infant pain-fever 160 mg/5 ml w/syringe, grape</i>	3	ADD
<i>infants pain-fever 160 mg/5 ml dye-free, cherry</i>	3	ADD
<i>mapap 500 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>meloxicam oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>m-pap 160 mg/5 ml liquid</i>	3	ADD
<i>nabumetone</i>	1	MO
<i>nalbuphine</i>	1	
<i>naloxone injection solution</i>	1	MO
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe)</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>naloxone nasal</i>	1	MO
<i>naltrexone</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	MO
<i>naproxen sodium 220 mg capsule</i>	3	ADD
<i>naproxen sodium 220 mg tablet</i>	3	ADD
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	1	MO
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1	MO
<i>pain relief 325 mg tablet</i>	3	ADD
<i>pain relief 500 mg caplet caplet, extra strength</i>	3	ADD
<i>pain relief 500 mg tablet extra strength</i>	3	ADD
<i>pharbetol 325 mg tablet regular strength</i>	3	ADD
<i>pharbetol 500 mg tablet extra strength</i>	3	ADD
<i>piroxicam</i>	1	MO
<i>qc acetaminophen 8-hr 650 mg</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>qc arthritis pain er 650 mg caplet</i>	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
<i>qc child ibuprofen 100 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>qc child pain rlf 160 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>qc child pain rlf 160 mg/5 ml bubble gum</i>	3	ADD
<i>qc ibuprofen 200 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>qc ibuprofen 200 mg mini sfgl</i>	3	MO; ADD
<i>qc ibuprofen 200 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>qc infant pain-fever 160 mg/5</i>	3	ADD
<i>qc naproxen sod 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>qc naproxen sod 220 mg tablet</i>	3	ADD
<i>qc non-aspirin 500 mg caplet xtra strength, caplet</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>qc non-aspirin 500 mg gelcap gelcap, ex-str</i>	3	ADD
<i>qc non-aspirin pain relief tb extra strength</i>	3	ADD
<i>qc pain relief 325 mg tablet</i>	3	ADD
<i>qc pain relief 500 mg caplet</i>	3	ADD
<i>salsalate</i>	1	MO
<i>sm 8 hour pain relief 650 mg caplet</i>	3	ADD
<i>sm arthritis pain er 650 mg caplet</i>	3	ADD
<i>sm aspirin 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sm aspirin ec 325 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sm aspirin ec 81 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sm aspirin ec 81 mg tablet adult low strength</i>	3	MO; ADD
<i>sm child aspirin 81 mg chw tab children's</i>	3	ADD
<i>sm child's pain reliever susp</i>	3	ADD
<i>sm chld pain-fever 160 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm chld pain-fever 160 mg/5 ml as, gluten-f</i>	3	MO; ADD
<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
<i>sm ibuprofen ib 100 mg chew tb</i>	3	ADD
<i>sm inf ibuprofen 50 mg/1.25 ml d/f</i>	3	MO; ADD
<i>sm inf ibuprofen 50 mg/1.25 ml w/dropper</i>	3	MO; ADD
<i>sm infant pain-fever 160 mg/5 gluten-f,grape</i>	3	ADD
<i>sm naproxen sod 220 mg caplet</i>	3	ADD
<i>sm naproxen sod 220 mg gluten free, caplet</i>	3	ADD
<i>sm naproxen sodium 220 mg tab</i>	3	ADD
<i>sm pain reliever 325 mg tablet</i>	3	ADD
<i>sm pain reliever 500 mg caplet</i>	3	ADD
<i>sm pain reliever 500 mg caplet caplet, extra str</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm pain reliever 500 mg caplet caplet, extra str</i>	3	ADD
<i>sm pain reliever 500 mg gelcap gelcap,ex strength</i>	3	ADD
<i>sm pain reliever 500 mg tablet</i>	3	ADD
<i>sm pain reliever 500 mg tablet extra strength</i>	3	ADD
<i>st. joseph aspirin 81 mg chew</i>	3	MO; ADD
<i>sulindac</i>	1	MO
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
VIVITROL	2	MO; NDS
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)

**ANTICONVULSIVANTES**

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	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; NDS
<i>diazepam rectal</i>	1	MO
DILANTIN 30 MG	2	MO
<i>divalproex</i>	1	MO
EPIDIOLEX	2	PA; MO; LA; NDS
<i>epitol</i>	1	MO
EPRONTIA	2	PA; MO
<i>ethosuximide</i>	1	MO
<i>felbamate oral suspension</i>	1	MO; NDS
<i>felbamate 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 11/18/2024.

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); NDS
<i>fosphenytoin</i>	1	MO
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	2	MO; QL (720 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	2	MO; QL (30 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	2	MO; QL (60 per 30 days); NDS
<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)
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	1	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
<i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
GRALISE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 300 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days)
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 oral tablet</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	1	MO
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack</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
<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
LIBERVANT	2	PA; QL (10 per 30 days); NDS
<i>methsuximide</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NAYZILAM	2	PA; MO; QL (10 per 30 days); NDS
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet</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	
<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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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>roweepira oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1	PA; MO; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	1	PA; MO; NDS
SPRITAM	2	MO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>subvenite oral tablet 150 mg</i>	1	
<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 ORAL FILM 10 MG, 20 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	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); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vigabatrin</i>	1	PA; MO; LA; NDS
<i>vigadrone</i>	1	PA; LA; NDS
<i>vigpoder</i>	1	PA; LA; NDS
XCOPRI MAINTENANCE PACK	2	MO; QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG	2	MO; QL (120 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	2	MO; QL (60 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 25 MG	2	MO; QL (30 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	2	MO; QL (240 per 30 days); NDS
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	2	MO; QL (28 per 180 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	2	MO; QL (28 per 180 days); NDS
ZONISADE	2	PA; MO; NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>zonisamide</i>	1	PA; MO
ZTALMY	2	PA; LA; QL (1100 per 30 days); NDS

<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	2	MO; QL (2.4 per 56 days); NDS
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	2	MO; QL (3.2 per 56 days); NDS
ABILIFY MAINTENA	2	MO; QL (1 per 28 days); NDS
<i>amitriptyline</i>	1	MO
<i>amoxapine</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral solution</i>	1	MO
<i>aripiprazole oral tablet</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ARISTADA INITIO	2	MO; QL (4.8 per 365 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	2	MO; QL (3.9 per 56 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	2	MO; QL (1.6 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	2	MO; QL (2.4 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	2	MO; QL (3.2 per 28 days); NDS
<i>armodafinil</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>asenapine maleate</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>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; QL (60 per 30 days); NDS
BELSOMRA	2	PA; QL (30 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
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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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	
COBENFY	2	QL (60 per 30 days); NDS
COBENFY STARTER PACK	2	QL (56 per 180 days); NDS
<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
<i>diazepam intensol</i>	1	PA; MO; QL (240 per 30 days)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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	MO; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	2	MO; 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; NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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 20 MG (2)-40 MG (26)	2	QL (28 per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR	2	QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil</i>	1	
<i>fluoxetine (pmd) oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>fluoxetine (pmd) 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)
<i>fluoxetine oral solution</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<i>haloperidol lactate intramuscular</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>haloperidol lactate oral</i>	1	MO
<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); NDS
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	2	MO; QL (5 per 180 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	2	MO; QL (0.75 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	2	MO; QL (1 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	2	MO; QL (1.5 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	2	MO; QL (0.25 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	2	MO; QL (0.5 per 28 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	2	MO; QL (0.88 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	2	MO; QL (1.32 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	2	MO; QL (1.75 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	2	MO; QL (2.63 per 90 days); NDS
<i>lithium carbonate</i>	1	MO
<i>lithium citrate</i>	1	
<i>lorazepam injection</i>	1	PA; MO
<i>lorazepam intensol</i>	1	PA; QL (150 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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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); NDS
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days); NDS
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
<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	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<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>pentobarbital sodium injection solution</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>perphenazine</i>	1	MO
PERSERIS	2	MO; QL (1 per 30 days); NDS
<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)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	2	MO; QL (2 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	2	MO; QL (2 per 28 days); NDS
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	1	MO; QL (2 per 28 days); NDS
<i>risperidone oral solution</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	MO; QL (60 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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SECUADO	2	MO; QL (30 per 30 days); NDS
<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); NDS
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	2	PA; MO; NDS
<i>thioridazine</i>	1	MO
<i>thiothixene</i>	1	MO
<i>tranylcypromine</i>	1	MO
<i>trazodone</i>	1	MO
<i>trifluoperazine</i>	1	MO
<i>trimipramine</i>	1	MO
TRINTELLIX	2	QL (30 per 30 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	2	MO; QL (0.28 per 28 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	2	MO; QL (0.35 per 28 days); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	2	MO; QL (0.42 per 56 days); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	2	MO; QL (0.56 per 56 days); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	2	MO; QL (0.7 per 56 days); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	2	MO; QL (0.14 per 28 days); NDS
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	2	MO; QL (0.21 per 28 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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	NDS
<i>vilazodone</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	2	MO; QL (30 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)
ZURZUVAE	2	PA; MO; NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	2	MO; QL (2 per 28 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	2	MO; QL (2 per 28 days); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	2	MO; QL (1 per 28 days); NDS
<b>RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA</b>		
<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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	1	
<i>revonto</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet</i>	1	MO

**TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS**

AIMOVIG AUTOINJECTOR	2	PA; MO; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection</i>	1	NDS
<i>dihydroergotamine nasal</i>	1	QL (8 per 28 days); NDS
<i>eletriptan</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
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-caffeine</i>	1	MO
<i>naratriptan</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
NURTEC ODT	2	PA; QL (16 per 30 days)
QULIPTA	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
<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 4 mg/0.5 ml</i>	1	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	1	MO; QL (8 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1	MO; QL (8 per 28 days)
UBRELVY	2	PA; QL (20 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 11/18/2024.

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

<i>zolmitriptan oral</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
--------------------------	---	-------------------------

### TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS

BRIUMVI	2	PA; MO; QL (24 per 180 days); NDS
<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); NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	1	PA; MO; QL (120 per 180 days); NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
<i>donepezil</i>	1	MO
<i>fingolimod</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
FIRDAPSE	2	PA; LA; NDS
<i>galantamine</i>	1	MO
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (30 per 30 days); NDS

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

<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (12 per 28 days); NDS
-------------------------------------------------	---	------------------------------

<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
----------------------------------------------	---	----------------------------------

<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 per 28 days); NDS
----------------------------------------------	---	----------------------------------

INGREZZA	2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
----------	---	----------------------------------

INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	2	PA; LA; QL (28 per 180 days); NDS
--------------------------------	---	-----------------------------------

INGREZZA SPRINKLE	2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
-------------------	---	----------------------------------

KESIMPTA PEN	2	PA; MO; QL (1.6 per 28 days); NDS
--------------	---	-----------------------------------

<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	1	PA; MO
--------------------------------------------------	---	--------

<i>memantine oral solution</i>	1	PA; MO
--------------------------------	---	--------

<i>memantine oral tablet</i>	1	PA; MO
------------------------------	---	--------

NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK	2	PA
----------------------------------------------	---	----

NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NUEDEXTA	2	PA; MO; NDS
RADICAVA ORS	2	PA; MO; NDS
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	2	PA; MO; NDS
<i>rivastigmine</i>	1	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	1	MO
<i>teriflunomide</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (240 per 30 days); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
VUMERITY	2	PA; MO; QL (120 per 30 days); NDS
ZEPOSIA	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	2	PA; MO; QL (28 per 180 days); NDS
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	2	PA; MO; QL (7 per 180 days); NDS

**MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO**  
**AGENTES VARIOS**

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>4 way 1% nasal spray</i>	3	ADD
<i>altamist 0.65% nose spray</i>	3	ADD
AYR ALLERGY & SINUS NASAL MIST	3	MO; ADD
<i>ayr saline 0.65% nose drops</i>	3	MO; ADD
<i>ayr saline 0.65% nose spray</i>	3	MO; ADD
AYR SALINE NASAL GEL	3	MO; ADD
AYR SALINE NASAL GEL SPRAY	3	MO; ADD
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>baby ayr saline 0.65% drops</i>	3	MO; ADD
BENZEDREX INHALER	3	ADD
<i>child mucinex stuffy nose spray</i>	3	ADD
<i>child saline 0.65% nasal spray</i>	3	ADD
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS NASAL MIST 0.9% SPRAY	3	ADD
<i>cvs saline 0.65% nasal spray</i>	3	ADD
<i>deep sea 0.65% nose spray</i>	3	MO; ADD
<i>denta 5000 plus</i>	1	MO
<i>dentagel</i>	1	MO
<i>eq nasal 0.65% spray</i>	3	ADD
<i>eql saline 0.65% nasal spray</i>	3	ADD
<i>fluoride (sodium) dental cream</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental paste</i>	1	MO
<i>fraiche 5000</i>	1	
GNP NASAL FOUR 1% NASAL SPRAY	3	ADD
<i>gnp nasal moist 0.65% spray</i>	3	ADD
<i>gnp saline 0.65% nose spray</i>	3	ADD
<i>gs nasal four 1% spray</i>	3	ADD
<i>gs nasal moist 0.65% spray</i>	3	ADD
<i>gs nasal spray 0.05%</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gs no drip 0.05% nasal spray</i>	3	ADD
<i>gs sinus nasal spray 0.05%</i>	3	ADD
<i>hm nose drops</i>	3	ADD
<i>ipratropium bromide nasal</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>kourzeq</i>	1	
<i>little remedies 0.65% spray for noses</i>	3	MO; ADD
LITTLE REMEDIES SALINE MIST	3	ADD
<i>mucinex sinus-max nasal spray</i>	3	ADD
NASADROPS SALINE ON THE GO AMP	3	ADD
<i>nasal decongestant 0.05% spray</i>	3	MO; ADD
<i>nasal four 1% spray</i>	3	ADD
<i>nasal mist 0.9% spray</i>	3	ADD
<i>nasal spray 0.05%</i>	3	ADD
<i>nasal spray 0.05% 12 hour, no drip</i>	3	ADD
<i>nasal spray 0.05% 12 hour, original</i>	3	ADD
<i>nasal spray 0.05% 12 hour, sinus</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nasal spray 0.05% 12hr, original</i>	3	ADD
<i>nasal spray 0.05% extra moisturizing</i>	3	ADD
NASAL SPRAY 1%	3	ADD
<i>nasal spray original 0.05% 12 hr relief</i>	3	ADD
NASOGEL NASAL SPRAY	3	MO; ADD
NASOGEL SALINE NOSE GEL	3	MO; ADD
NEO-SYNEPHRINE 0.5% SPRAY	3	MO; ADD
<i>no drip 0.05% nasal spray</i>	3	ADD
<i>oralone</i>	1	
<i>perio gard</i>	1	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	2	MO
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	2	MO
<i>pub saline 0.65% nasal spray</i>	3	ADD
<i>ra nasal mist 0.9% spray</i>	3	ADD
<i>ra saline 0.65% nasal spray</i>	3	ADD
<i>saline 0.65% nasal spray</i>	3	ADD
<i>saline 0.65% nasal spray moisturizing</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>saline mist 0.65% nose spray</i>	3	MO; ADD
SALINE NASAL GEL	3	ADD
<i>sf</i>	1	MO
<i>sf 5000 plus</i>	1	MO
SINUS RELIEF 1% NASAL SPRAY	3	ADD
<i>sm nasal 0.05% spray 12 hour, original</i>	3	ADD
<i>sm nasal spray 0.05%</i>	3	ADD
<i>sm nasal spray 0.05% extra moisturizing</i>	3	ADD
<i>sm nasal spray sinus</i>	3	ADD
<i>sm nose drops</i>	3	ADD
<i>sm saline 0.65% nasal spray</i>	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
SOOTHING SALINE-ALOE MIST	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 11/18/2024.

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

<i>triamcinolone acetonide dental</i>	1	MO
---------------------------------------	---	----

### ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS

<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (7.5 per 7 days)
------------------------------------	---	-------------------------

<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	1	MO
-----------------------------------------	---	----

### PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS

<i>acetic acid otic (ear)</i>	1	MO
-------------------------------	---	----

<i>ciprofloxacin hcl otic (ear)</i>	1	MO
-------------------------------------	---	----

<i>ear drops 6.5%</i>	3	MO; ADD
-----------------------	---	---------

<i>ear wax removal 6.5% drop</i>	3	ADD
----------------------------------	---	-----

<i>ear wax removal 6.5% kit</i>	3	ADD
---------------------------------	---	-----

<i>flac otic oil</i>	1	
----------------------	---	--

<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	MO
-----------------------------------	---	----

<i>hm ear wax removal 6.5% drop</i>	3	ADD
-------------------------------------	---	-----

<i>hm ear wax removal 6.5% kit</i>	3	ADD
------------------------------------	---	-----

<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	MO
-----------------------------------	---	----

<i>ofloxacin otic (ear)</i>	1	MO
-----------------------------	---	----

### OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

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

### ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS

<i>AFTERA 1.5 MG TABLET</i>	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	MO
-----------------	---	----

<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.oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</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](http://CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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	
<i>econtra ez 1.5 mg tablet inner</i>	3	ADD
<i>econtra ez 1.5 mg tablet outer</i>	3	ADD
<i>econtra one-step 1.5 mg tablet inner</i>	3	ADD
<i>econtra one-step 1.5 mg tablet outer</i>	3	ADD
<i>elinst</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>her style 1.5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	MO
<i>jasmiel (28)</i>	1	MO
<i>jolessa</i>	1	MO
<i>juleber</i>	1	MO
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva (28)</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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 estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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-linyah</i>	1	MO
<i>my choice 1.5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>my way 1.5 mg tablet (otc)</i>	3	ADD
<i>new day 1.5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>nikki (28)</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<i>opcicon one-step 1.5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>option 2 1.5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>philith</i>	1	MO
<i>pimtrea (28)</i>	1	MO
<b>PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET (OTC)</b>	3	ADD
<i>portia 28</i>	1	MO
<i>reclipsen (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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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	
<i>tri-sprintec (28)</i>	1	MO
<i>trivora (28)</i>	1	MO
<i>turqoz (28)</i>	1	MO
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	1	MO
<i>vestura (28)</i>	1	MO
<i>vienva</i>	1	MO
<i>viorele (28)</i>	1	MO
<i>wera (28)</i>	1	MO
<i>zovia 1-35 (28)</i>	1	MO
<i>zumandimine (28)</i>	1	MO

## ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>camila</i>	1	MO
<i>deblitane</i>	1	MO
DEPO-SUBQ PROVERA 104	2	MO
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.05 mg/24 hr</i>	1	PA; QL (8 per 28 days)
DUAVEE	2	MO
<i>emzahh</i>	1	
<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</i>	1	PA; MO; 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
<i>fyavolv</i>	1	PA; MO
<i>gallifrey</i>	1	MO
<i>heather</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
IMVEXXY MAINTENANCE PACK	2	MO
IMVEXXY STARTER PACK	2	MO
<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	
<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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>progesterone</i>	1	MO
<i>progesterone micronized</i>	1	MO
<i>sharobel</i>	1	MO
<i>yuvafem</i>	1	
<b>OXITÓCICOS</b>		
<i>methylergonovine oral</i>	1	PA
<b>PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>3-day vaginal cream</i>	3	MO; ADD
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	1	MO
<i>clotrimazole 1% vaginal cream</i>	3	MO; ADD
<i>clotrimazole-3 2% cream</i>	3	ADD
<i>eluryng</i>	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
GNP MICONAZOLE 1 COMBO PACK	3	ADD
<i>gs miconazole 3 combo pack</i>	3	MO; ADD
<i>gs miconazole 7 cream</i>	3	MO; ADD
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>miconazole 2% vaginal cream</i>	3	ADD
<i>miconazole 3 combo pack</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole 3 combo pack 3 sup,9gm crm w/app</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole 3 combo pack 3 supp w/9gm cream</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole 7 100 mg vag supp</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole 7 cream</i>	3	ADD
<i>miconazole 7 cream</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole 7 cream w/7 disp applicators</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole-7 cream</i>	3	ADD
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	1	LA
MYFEMBREE	2	PA; MO; NDS
NEXPLANON	2	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	1	
<i>qc clotrimazole 1% vag cream</i>	3	MO; ADD
<i>qc miconazole-7 cream 1 applicator</i>	3	ADD
<i>sm 3-day vaginal cream</i>	3	MO; ADD
<i>sm clotrimazole 1% vag cream</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm miconazole 2% vaginal cream w/disp applicators</i>	3	ADD
<i>sm miconazole 3 combo pack</i>	3	ADD
<i>sm miconazole 3 combo pack w/disposable applica</i>	3	MO; ADD
<i>sm miconazole 7 cream w/reusable applic</i>	3	MO; ADD
<i>terconazole</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral</i>	1	MO
<i>vandazole</i>	1	MO
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	MO

## OFTALMOLOGÍA

### AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

<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

### AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS

<i>apraclonidine</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>brimonidine ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
AZASITE	2	MO
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	1	
<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)</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous</i>	1	
NATACYN	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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)
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<i>trifluridine</i>	1	MO
ZIRGAN	2	MO
<b>BETABLOQUEANTES</b>		
<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
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	1	MO
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS</b>		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	MO
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</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 11/18/2024.

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

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

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

TOBRADEX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT	2	MO; QL (3.5 per 14 days)
-----------------------------------	---	--------------------------

<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	MO; QL (10 per 14 days)
---------------------------------	---	-------------------------

### ESTEROIDES

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; NDS
---------	---	---------

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

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

### MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA

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

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

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

### OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<i>tafluprost (pf)</i>	1	MO
------------------------	---	----

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

### PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS

<i>alaway 0.025% eye drops</i>	3	MO; ADD
--------------------------------	---	---------

<i>artificial tears drops</i>	3	ADD
-------------------------------	---	-----

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

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

<i>bepotastine besilate</i>	1	MO
-----------------------------	---	----

BORIC ACID GRANULAR NF, EP (RX)	3	ADD
---------------------------------	---	-----

BORIC ACID GRANULES NF (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](http://CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BORIC ACID POWDER N.F (RX)	3	ADD
BORIC ACID POWDER NF (RX)	3	ADD
<i>bss</i>	1	
<i>carboxymethylcell 0.5% eye drp</i>	3	ADD
CARBOXYMETHYLCELL 0.5% EYE DRP	3	ADD
<i>child's alaway 0.025% eye drop</i>	3	ADD
CIMERLI	2	PA; MO; NDS
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	1	MO
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
CYSTARAN	2	PA; NDS
DRY EYE RELIEF DROPS	3	ADD
<i>epinastine</i>	1	MO
<i>eye itch relief 0.025% drops</i>	3	MO; ADD
EYLEA	2	PA; MO; NDS
FRESHKOTE EYE DROP	3	MO; ADD
GENTEAL TEARS 0.1%-0.2%-0.3%	3	MO; ADD
GENTEAL TEARS 0.1%-0.3% DROP	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GENTEAL TEARS SEVERE 0.3% GEL	3	MO; ADD
GENTEAL TEARS SEVERE 3-94% OIN	3	MO; ADD
GENTEAL TEARS SEVERE GEL DROPS	3	ADD
<i>gs lubricat plus 0.5% eye drps p/f, 30x0.4ml</i>	3	MO; ADD
HM DRY EYE RELIEF DROPS	3	ADD
<i>hm lubricating tears eye drops</i>	3	ADD
HYPROMELLOSE POWDER USP (RX)	3	ADD
<i>ketotifen fum 0.035% eye drops (otc)</i>	3	MO; ADD
LUBRICANT 0.5% EYE DROP	3	ADD
<i>lubricant 0.5% eye drops</i>	3	MO; ADD
LUBRICANT 0.6% EYE DROP	3	ADD
LUBRICANT EYE 0.4%-0.3% DROP	3	ADD
<i>lubricant eye drops</i>	3	ADD
LUBRICANT EYE OINTMENT	3	ADD
<i>lubricating eye drop</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lubricating plus 0.5% eye drps p/f, 30x0.4ml</i>	3	MO; ADD
<i>lubricating plus 0.5% eye drps p/f, 50x0.4ml</i>	3	MO; ADD
<i>lubrifresh pm eye ointment</i>	3	MO; ADD
METHOCEL E 4 M PREMIUM POWDER (RX)	3	ADD
METHOCEL E 4 M PREMIUM POWDER USP (RX)	3	ADD
MIEBO (PF)	2	MO
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) drops 0.1 %</i>	1	MO
OXERVATE	2	PA; MO; NDS
PHOSPHOLINE IODIDE	2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
<i>polyvinyl alcohol 1.4% eyedrop</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QC BORIC ACID POWDER NF (RX)	3	ADD
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
REFRESH OPTIVE GEL 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
REFRESH OPTIVE MEGA-3 DROPS	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE SENSITIVE DROPS 30X0.4ML, P/F	3	MO; ADD
REFRESH OPTIVE SENSITIVE DROPS 60X0.4ML, P/F	3	MO; ADD
REFRESH PLUS 0.5% EYE DROPS 30X0.4ML	3	MO; ADD
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
SM BORIC ACID POWDER NF (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SM DRY EYE RELIEF EYE DROPS	3	ADD
<i>sm eye itch relief 0.025% drop up to 12 hrs,sterile</i>	3	MO; ADD
<i>sm lubricant eye drops strl</i>	3	ADD
<i>sm lubricat plus 0.5% eye drps</i>	3	MO; ADD
<i>sm lubricating tears eye drops sterile</i>	3	ADD
<i>sodium chloride 5% eye drop</i>	3	MO; ADD
<i>sodium chloride 5% eye oint</i>	3	MO; ADD
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	1	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	MO
SYSTANE 0.3-0.4% EYE DROP P/F	3	MO; ADD
SYSTANE 0.4-0.3% EYE DROP	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 11/18/2024.

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
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3% EYE DRP 3 X 10ML, MULTI-PK	3	MO; ADD
SYSTANE ULTRA PF 0.4-0.3% EYE	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TEARS LUBRICANT 0.5% EYE DROP	3	MO; ADD
ULTRA LUBRICANT 0.4-0.3% DROP	3	ADD
<i>ultra lubricant eye drops</i>	3	ADD
XDEM VY	2	PA; QL (10 per 42 days); NDS
XIIDRA	2	MO; QL (60 per 30 days)
ZADITOR 0.025% (0.035%) DROPS UP TO 12 HRS (OTC)	3	MO; ADD

### PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS

CAPSULE #00 VEGETABLE CLEAR (RX)	3	ADD
<i>co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 10 mg capsule (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 100 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 100 mg capsule p/f</i>	3	ADD
<i>co q-10 100 mg capsule 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 100 mg softgel p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 100 mg softgel softgel,n,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 100 mg softgel softgel,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 100 mg softgel softgel,p/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 100 mg softgel softgel,p/f,gluten-f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 200 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 200 mg capsule bonus size, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 200 mg capsule p/f, milk-free (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 200 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 200 mg softgel p/f, no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>co q-10 200 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 30 mg capsule inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 30 mg capsule outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 30 mg capsule p/f,y/f (rx)</i>	3	ADD
<i>co q10 30 mg softgel softgel, p/f (rx)</i>	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 Y/F,P/F,SFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>co q-10 50 mg capsule (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 50 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>co q-10 50 mg p/f,lact/f, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>co q-10 50 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>coenzyme q-10 30 mg 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 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs co q-10 50 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eql co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>eql co q-10 200 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp co q-10 100 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp co q-10 200 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp co q-10 60 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
GRAPE FLAVOR SYRUP (RX)	3	ADD
MICROCRYSTAL CELLULOSE POWDER MICROCRYSTALLINE,NF (RX)	3	ADD
MICROCRYSTALLINE CELLULOSE AVICEL PH 105, NF (RX)	3	ADD
MX-SOL BLEND	3	ADD
MX-SOL BLEND SF	3	ADD
MX-SOL SUSPEND	3	ADD
NEOQ10 SOFTGEL	3	ADD
ORA-BLEND SUSPENSION	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ORAL MIX SF VEHICLE	3	ADD
ORA-PLUS SUSPENDING VEHICLE	3	ADD
PCCA CLARIFYING BASE	3	ADD
<i>q-sorb co q-10 100 mg softgel</i>	3	ADD
<i>q-sorb co q-10 200 mg softgel p/f,gluten-free</i>	3	ADD
<i>ra coenzyme q-10 100 mg softgl (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra coenzyme q-10 100 mg softgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra coenzyme q10 200 mg softgel softgel,p/f,d/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm co q-10 200 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm coenzyme q-10 100 mg sftgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm coenzyme q-10 100 mg sftgl softgel, 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 co q-10 100 mg softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>sv co q-10 50 mg softgel softgel,p/f,gluten-f (rx)</i>	3	ADD
<i>sv q-sorb co q-10 100 mg sftgl softgel, p/f</i>	3	ADD
<i>sv q-sorb co q-10 200 mg sftgl p/f,gluten-free</i>	3	ADD
<i>sv q-sorb co q-10 200 mg sftgl softgel</i>	3	ADD
SYRSPEND SF ALKA POWDER	3	ADD
SYRSPEND SF LIQUID (RX)	3	ADD
SYRSPEND SF LIQUID CHERRY (RX)	3	ADD
SYRSPEND SF LIQUID GRAPE (RX)	3	ADD
SYRSPEND SF POWDER DRY & UNFLAVORED (RX)	3	ADD
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR</b>		
<i>bupropion hcl (smoking deter)</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 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<i>nicotine 2 mg chewing gum cool mint/coated</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum mint</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum original</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum refill</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg chewing gum starter kit</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg lozenge</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg lozenge inner</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg lozenge 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
<b>NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE</b>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg mini lozenge inner</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 2 mg mini lozenge outer</i>	3	MO; ADD

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<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
<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 outer</i>	3	MO; ADD
<i>nicotine 4 mg chewing gum refill</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 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<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
SM NICOTINE 4 MG LOZENGE	3	MO; ADD
<i>sm nicotine 7 mg/24hr patch (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>varenicline oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	1	
<i>varenicline oral tablets,dose pack</i>	1	MO
<b>AGENTES VARIOS</b>		
<i>acamprosate</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>acetic acid irrigation</i>	1	MO
ALPHA LIPOIC ACID 100 MG CAP	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CAP P/F	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CAP P/F,D/F, GLUTEN/F	3	MO; ADD
ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CAP P/F, GLUTEN-FREE	3	MO; ADD
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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>caffeine citrate intravenous</i>	1	
<i>caffeine citrate oral</i>	1	MO
CAFFEINE POWDER USP, ANHYDROUS (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 BACON FLAVOR (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 BLUE/BLEU (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 BLUE/WHITE (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 BUBBLE GUM FLAVOR (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 CLEAR LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 CLEAR/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 FUN CAPS LOCKING (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 GREEN TRANS/CLEAR (RX)	3	ADD
CAPSULE #0 GREEN, MINT 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 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	1	MO
<i>deferasirox oral granules in packet</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferiprone</i>	1	PA; MO; NDS
<i>deferoxamine</i>	1	B/D PA; MO
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET FRUIT PUNCH,GO-POUCH	3	ADD
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET MANGO TWIST,GO-POUCH	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 11/18/2024.

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
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew assorted flavors (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew citrus punch (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew gluten-f, tropical (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew grape flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew grape, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew orange flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew orange, gluten-free (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew orange,gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew raspberry flavor (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew rspberry,gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew sour apple (rx)</i>	3	ADD
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew watermelon flavor (rx)</i>	3	ADD
DEX4 GLUCOSE LIQUID BERRY TWIST (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE LIQUID GRAPE (RX)	3	ADD
DEX4 GLUCOSE LIQUID MANGO TWIST (RX)	3	ADD
<i>dex4 glucose tab pouch pack</i>	3	ADD
<i>dex4 quick dissolve tab chew</i>	3	ADD
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	1	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	1	MO
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	1	MO
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	1	
<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	1	
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA; MO; NDS
ENDARI	2	PA; MO; NDS
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML VIAL OUTER, SUV	3	MO; ADD
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML VIAL SUV, OUTER	3	MO; ADD
FLAVOR SWEET-SF SYRUP	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FRUCTOSE GRANULES USP (RX)	3	ADD
<i>glucose 3.75 gram tablet chew (rx)</i>	3	MO; 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
<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
<i>glutamine (sickle cell)</i>	1	PA; MO; NDS
<i>glutose-5 gel outer</i>	3	ADD
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew orange, 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew grape (rx)</i>	3	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 quick dissolve glucose tab n,caffeine free (rx)</i>	3	MO; ADD
GREAT VALUE DISTILLED WATER (RX)	3	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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gs glucose 4 gram tablet chew gluten-f,na-f, rasp (rx)</i>	3	MO; ADD
INCRELEX	2	MO; LA; NDS
<i>kionex (with sorbitol)</i>	1	
<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
<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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LACTOSE MONOHYDRATE POWDER NF, SPRAY DRIED (RX)	3	ADD
LACTOSE POWDER USP/NF, ANHYDROUS	3	ADD
L-CARNITINE POWDER (RX)	3	ADD
<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 MFG NO RESPONSE	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
L-GLUTAMINE POWDER USP (RX)	3	ADD
L-GLUTATHIONE POWDER REDUCED FORM (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
<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
<i>midodrine</i>	1	MO
MX-SOL SF SYRUP	3	ADD
MX-SOL SYRUP	3	ADD
NICE DISTILLED WATER (RX)	3	ADD
<i>nitisinone</i>	1	PA; MO; NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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 INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA; MO; LA; NDS
<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
<i>pub glucose 4 gram tablet chew sour apple flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
RA TRUEPLUS GLUCOSE 3.75 G CHW	3	MO; ADD
RA TRUEPLUS GLUCOSE 4 G TB CHW	3	MO; ADD
<i>relion glucose 4 gram tab chew hri, 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
REVCOSI	2	PA; LA; NDS
REZDIFFRA	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
<i>riluzole</i>	1	PA; MO
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	1	MO; 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
<i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml outer, p/f, sdv</i>	3	MO; ADD

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 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-sodium phenylacet</i>	1	NDS
SODIUM BROMIDE GRANULES (RX)	3	ADD
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous</i>	1	MO
<i>sodium chloride irrigation</i>	1	MO
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	1	PA; MO; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	1	PA; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	MO
<i>sorbitol 70% solution (otc)</i>	3	MO; ADD
SOSWEET SYRUP VEHICLE	3	ADD
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	1	MO
<i>sps (with sorbitol) rectal</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SV ALPHA LIPOIC ACID 200 MG CP P/F	3	MO; ADD
SYRPALTA SYRUP	3	MO; ADD
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	1	PA; MO; NDS
TRUEPLUS GLUCOSE 15 GRAM GEL	3	MO; ADD
TRUEPLUS GLUCOSE 3.75 G TB CHW	3	MO; ADD
UNISPEND ANHYDROUS SWEET SUSP	3	ADD
<i>up&amp;up glucose 4 gram tab chew orange (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>up&amp;up glucose 4 gram tab chew raspberry (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>up&amp;up glucose 4 gram tab chew tropical fruit (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>value plus glucose 40% gel 3's, tropical fruit (rx)</i>	3	ADD
<i>value plus glucose tablet chew assorted fruit (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>value plus glucose tablet chew grape (otc)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VELPHORO	2	MO; QL (180 per 30 days); NDS
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 8.4 GRAM	2	MO
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 25.2 GRAM	2	
<i>water for irrigation, sterile</i>	1	MO
XIAFLEX	2	PA; NDS
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
<b>ANTÍDOTOS</b>		
<i>acetylcysteine intravenous</i>	1	
<b>SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN</b>		
<i>lactated ringers irrigation</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 11/18/2024.

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

<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	1	
--------------------------------	---	--

<i>ringer's irrigation</i>	1	MO
----------------------------	---	----

## PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO

<i>callus removers patch</i>	3	ADD
------------------------------	---	-----

<i>corn remover 40% patch</i>	3	ADD
-------------------------------	---	-----

DERMACINRX ATRIX 2% CREAM	3	ADD
---------------------------	---	-----

DERMACINRX ATRIX 2% WASH	3	ADD
--------------------------	---	-----

DERMACINRX ATRIX SYSTEM 1 PACK	3	ADD
--------------------------------	---	-----

<i>liquid corn-callus remover</i>	3	ADD
-----------------------------------	---	-----

<i>liquid wart remover 17%</i>	3	ADD
--------------------------------	---	-----

SALICYLIC ACID POWDER (RX)	3	ADD
----------------------------	---	-----

SALICYLIC ACID POWDER USP (RX)	3	ADD
--------------------------------	---	-----

<i>sebex shampoo</i>	3	MO; ADD
----------------------	---	---------

<i>therapeutic 3% dandruff shmp</i>	3	ADD
-------------------------------------	---	-----

<i>wart remover 17% liquid</i>	3	ADD
--------------------------------	---	-----

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

<i>wart remover clear strip</i>	3	ADD
---------------------------------	---	-----

## ANTIBACTERIANOS TÓPICOS

<i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt</i>	3	MO; ADD
---------------------------------------	---	---------

<i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt inner</i>	3	MO; ADD
---------------------------------------------	---	---------

<i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt outer</i>	3	MO; ADD
---------------------------------------------	---	---------

<i>bacitracin zn 500 unit/gm oint</i>	3	ADD
---------------------------------------	---	-----

<i>bacitracin zn 500 unit/gm oint</i>	3	MO; ADD
---------------------------------------	---	---------

<i>bacitracin zn 500 unit/gm oint usp</i>	3	MO; ADD
-------------------------------------------	---	---------

BETADINE 10% SOLUTION	3	MO; ADD
-----------------------	---	---------

BETADINE 10% SOLUTION ANTISEPTIC	3	MO; ADD
----------------------------------	---	---------

BETADINE 10% SOLUTION HOSP.SIZE,ANTISEPTIC	3	MO; ADD
--------------------------------------------	---	---------

BETADINE 5% SPRAY	3	ADD
-------------------	---	-----

BETADINE 7.5% SCRUB SCRUB,W/O PUMP	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](http://CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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
DOUBLE ANTIBIOTIC OINTMENT	3	MO; ADD
FIRST AID ANTISEPTIC 10% OINT	3	MO; ADD
<i>gentamicin topical</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
GNP ANTIBIOTIC-PAIN RELIEF CRM	3	ADD
GS FIRST AID ANTIBIOTIC OINT	3	ADD
<i>hm bacitracin zn 500 unit/gm</i>	3	MO; ADD
<i>hm double antibiotic ointment</i>	3	MO; ADD
<i>hm triple antibiotic ointment</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hm triple antibiotic plus oint maximum strength</i>	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
<i>qc triple antibiotic-pain oint</i>	3	ADD
<i>sm antibiotic 500 unit/gm oint</i>	3	ADD
<i>sm antibiotic plus cream maximum strength</i>	3	ADD
<i>sm double antibiotic oint</i>	3	MO; ADD
<i>sm povidone-iodine 10% soln</i>	3	ADD
<i>sm triple antibiotic ointment</i>	3	MO; ADD
<i>sm triple antibiotic plus oint maximum strength</i>	3	MO; ADD
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	1	MO
<i>triple antibiotic ointment</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRIPLE ANTIBIOTIC OINTMENT PKT (OTC)	3	ADD
<i>triple antibiotic ointment pkt outer (otc)</i>	3	ADD
<i>triple antibiotic plus oint maximum strength</i>	3	MO; ADD
<i>triple antibiotic plus ointmnt</i>	3	MO; ADD
<i>triple antibiotic-pain oint</i>	3	ADD
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
ALEVAZOL 1% OINTMENT	3	MO; ADD
<i>antifungal 1% cream</i>	3	ADD
<i>antifungal 1% topical cream</i>	3	ADD
<i>antifungal 2% powder</i>	3	ADD
<i>athlete's foot 1% cream</i>	3	ADD
ATHLETE'S FOOT 1% CREAM	3	ADD
<i>athlete's foot 1% powder spray</i>	3	ADD
<i>athlete's foot 2% powder spray</i>	3	ADD
<i>baza antifungal 2% cream</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>butenafine hcl 1% cream</i>	3	MO; ADD
<i>ciclodan topical solution</i>	1	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
<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)
<i>cvs jock itch 1% cream</i>	3	ADD
<i>econazole</i>	1	MO; QL (85 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fungoid 2% tincture</i>	3	MO; ADD
<i>gnp athlete's foot 1% cream</i>	3	ADD
<i>gnp miconazorb af 2% powder</i>	3	ADD
<i>ketoconazole topical cream</i>	1	MO; QL (60 per 28 days)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	1	MO; QL (120 per 28 days)
<i>klayesta</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>lamisil at 1% cream</i>	3	MO; ADD
<i>lamisil at 1% cream athlete's foot</i>	3	MO; ADD
<i>miconazole 2% topical cream</i>	3	MO; ADD
<i>micotrin ac 1% topical cream</i>	3	ADD
<i>micotrin al 1% liquid</i>	3	ADD
<i>micotrin ap 2% powder</i>	3	ADD
<i>mycozyl ac 1% topical cream</i>	3	ADD
<i>mycozyl al 1% liquid</i>	3	ADD
<i>mycozyl ap 2% powder</i>	3	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)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>nyamyc</i>	1	MO; 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)
<i>nystop</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>qc antifungal 1% cream</i>	3	ADD
<i>qc tolnaftate 1% cream</i>	3	MO; ADD
<i>sm antifungal 1% cream</i>	3	ADD
<i>sm antifungal 1% topical cream</i>	3	ADD
<i>sm athlete's 1% foot cream</i>	3	ADD
<i>sm miconazole 2% topical cream</i>	3	MO; ADD
<i>terbinafine 1% cream</i>	3	MO; ADD
<i>terbinafine 1% cream antifungal</i>	3	MO; ADD
<i>tolnaftate 1% cream</i>	3	MO; ADD
<i>tolnaftate 1% powder</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<b>ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS</b>		
<i>acitretin</i>	1	MO
<i>anti-dandruff 1% shampoo</i>	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	
<i>medicated dandruff 1% shampoo</i>	3	ADD
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	1	MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS
STELARA INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (104 per 180 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; MO; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (0.5 per 28 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	2	PA; MO; QL (1 per 28 days); NDS
TALTZ AUTOINJECTOR	2	PA; MO; QL (1 per 28 days); NDS
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	2	PA; MO; QL (3 per 180 days); NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML	2	PA; MO; QL (0.25 per 28 days); NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (0.5 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	2	PA; MO; QL (1 per 28 days); NDS
<b>ANTIVIRALES TÓPICOS</b>		
<i>acyclovir topical ointment</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>penciclovir</i>	1	MO; QL (5 per 30 days)
<b>CORTICOESTEROIDES TÓPICOS</b>		
<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 11/18/2024.

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)
<i>gs anti-itch 1% cream</i>	3	ADD
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	1	MO
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	1	MO
<i>hm hydrocortisone 1% cream (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 0.5% cream</i>	3	ADD
<i>hydrocortisone 0.5% cream (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocortisone 1% cream</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<i>mometasone topical</i>	1	MO
<i>prednicarbate topical ointment</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>qc anti-itch with aloe 1% crm</i>	3	ADD
<i>sm hydrocortisone 1% ointment maximum strength (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm hydrocortisone plus 1% crm</i>	3	ADD
<i>sm hydrocortisone-aloe 1% crm</i>	3	MO; ADD
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>triderm topical cream</i>	1	
<b>ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS</b>		
<i>crotan</i>	1	
<i>dandruff 1% shampoo</i>	3	ADD
<i>gs lice killing 1 % crm rinse</i>	3	ADD
<i>gs lice killing shampoo w/nit comb</i>	3	MO; ADD
<i>ivermectin 0.5% lotion (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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>lice killing shampoo</i>	3	MO; ADD
<i>lice killing shampoo w/nit comb</i>	3	MO; ADD
<i>lice treatment 1% creme rinse</i>	3	ADD
<i>lice treatment 1% creme rinse 1 nit removal comb</i>	3	ADD
<i>lice treatment shampoo 1 nit comb included</i>	3	ADD
<i>malathion</i>	1	MO
<i>permethrin</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>sb lice killing shampoo maximum strength</i>	3	MO; ADD
<i>sm lice treatment 1% crm rinse</i>	3	ADD
VANALICE GEL	3	ADD
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS</b>		
ADBRY	2	PA; MO; QL (6 per 28 days); NDS
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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	MO
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	1	MO
<i>anti-itch 2% cream extra strength</i>	3	ADD
<i>anti-itch 2%-0.1% cream</i>	3	ADD
<i>aquaphilic ointment</i>	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT ADV THERAPY, 2 PACK	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT ADVANCED THERAPY	3	MO; ADD
AQUAPHOR 41% HEALING OINTMENT BABY, ADV THERAPY	3	MO; ADD
AQUAPHOR BABY 41% HEALING OINT	3	ADD
ARBEM H-COSMETIC CREAM	3	ADD
ARBEM LIPOPEN 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 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CERAVE HEALING 46.5% OINTMENT	3	MO; ADD
CERAVE MOISTURIZING CREAM	3	MO; ADD
CERAVE SA CREAM	3	ADD
<i>cetaphil moisturizing cream</i>	3	MO; ADD
CETAPHIL MOISTURIZING CREAM	3	MO; ADD
<i>chloroprocaine (pf)</i>	1	
CIBINQO	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
COCONUT OIL CREAM	3	ADD
CUTTER 10% SPRAY	3	ADD
CUTTER ALL FAMILY 7% SPRAY	3	ADD
CUTTER ALL FAMILY 7.15% WIPE	3	ADD
CUTTER BACKWOODS 25% SPRAY	3	ADD
CUTTER BACKWOODS DRY 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CUTTER DRY 10% SPRAY	3	ADD
CUTTER LEMON EUCALYPTUS SPRAY	3	ADD
CUTTER NATURAL REPELLENT SPRAY	3	ADD
CUTTER NATURAL REPELLENT2 SPRY	3	ADD
CUTTER SKINSATIONS 7% SPRAY	3	ADD
CUTTER SPORT 15% SPRAY	3	ADD
<i>cvs advanced healing 41% oint</i>	3	ADD
CVS INSECT REPELLENT 15% SPRAY	3	ADD
CVS TOTAL HOME INSECT 30% SPR	3	ADD
<i>daylogic advanced healing oint</i>	3	ADD
<i>dermabase cream (rx)</i>	3	MO; ADD
DERMACINRX CIRCATA 0.05% CREAM	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DERMACINRX CIRCATRIX 0.05% CRM	3	ADD
<i>dermacinrx lidocan</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
DERMACINRX PENETRAL 0.025% CRM	3	ADD
DERMACINRX SKIN REPAIR 5% CRM	3	ADD
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; MO; QL (100 per 28 days)
DML FORTE CREAM W- PANTHENOL	3	MO; ADD
<i>dry skin treatment</i>	3	ADD
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	2	PA; MO; QL (4.56 per 28 days); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	2	PA; MO; QL (8 per 28 days); NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	2	PA; QL (1.34 per 28 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	2	PA; MO; QL (4.56 per 28 days); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	2	PA; MO; QL (8 per 28 days); NDS
EMOLLIA CREME	3	ADD
<i>emollient cream base</i>	3	MO; ADD
EQL THERAPEUTIC MOISTURIZ CRM	3	ADD
EUCERIN ADVANC REPAIR HAND CRM	3	MO; ADD
EUCERIN CREAM (RX)	3	MO; ADD
EUCERIN CREME (RX)	3	MO; ADD
EUCERIN SKIN CALMING CREAM CREME	3	MO; ADD
EUCERIN SKIN CALMING CREAM CREME,FRAGRAN CE-FREE	3	MO; ADD
FLANDERS BUTTOCKS OINTMENT	3	ADD
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fluorouracil topical solution</i>	1	MO
GLYCERIN 99.5% LIQUID (RX)	3	MO; ADD
<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 anhydrous synthetic (otc)</i>	3	ADD
<i>glycerin liquid usp (rx)</i>	3	ADD
<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)
GNP ITCH RELIEF 2%-0.1% 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 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LIDOCAINE 4% CREAM	3	MO; ADD
LIDOCAINE 4% CREAM	3	MO; ADD; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	1	
<i>lidocaine hcl laryngotracheal</i>	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution</i>	1	MO
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment</i>	1	MO; QL (36 per 30 days)
<i>lidocaine viscous</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine</i>	1	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200,000, 2 %-1:200,000</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocan iv</i>	1	PA; 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 11/18/2024.

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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
OFF FAMILYCARE(WITH PICARIDIN) TOPICAL SPRAY WITH PUMP 5 %	3	ADD
PANRETIN	2	PA; MO; NDS
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE	3	ADD
<i>pentravan cream base (rx)</i>	3	ADD
PENTRAVAN PLUS CREAM BASE	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>petrolatum base ointment</i>	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
<i>pimecrolimus</i>	1	PA; MO; QL (100 per 30 days)
<i>podofilox topical solution</i>	1	MO
<i>polocaine injection solution 1 % (10 mg/ml)</i>	1	
<i>polocaine-mpf</i>	1	
PRETTY FEET & HANDS CREAM	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PROPYLENE GLYCOL LIQUID (RX)	3	MO; ADD
PROPYLENE GLYCOL LIQUID USP (RX)	3	MO; ADD
<i>qc anti-itch 2%-0.1% cream</i>	3	ADD
RANGER READY REPELLENT 20% SPR	3	ADD
REGRANEX	2	MO; QL (15 per 30 days); NDS
REPEL 100 98.11% SPRAY	3	ADD
REPEL 30% WIPE	3	ADD
REPEL FAMILY 10% SPRAY	3	ADD
REPEL FAMILY 15% SPRAY	3	ADD
REPEL FAMILY TOPICAL AEROSOL POWDER 15 %	3	ADD
REPEL HUNTER'S 25% SPRAY	3	ADD
REPEL LEMON EUCALYPTUS 30% SPR	3	ADD
REPEL SPORTSMEN 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
REPEL SPORTSMEN 29% SPRAY	3	ADD
REPEL SPORTSMEN DRY 25% SPRAY	3	ADD
REPEL SPORTSMEN MAX 40% LOTION	3	ADD
REPEL SPORTSMEN MAX 40% SPRAY	3	ADD
REPEL TICK DEFENSE 15% SPRAY	3	ADD
SANTYL	2	MO; QL (180 per 30 days)
SAWYER CONTROL RELEASE 20% LOT	3	ADD
<i>silver sulfadiazine</i>	1	MO
<i>sm anti-itch 2% cream extra strength</i>	3	ADD
<i>sm benzoin tincture</i>	3	ADD
<i>sm benzoin tincture nxfi</i>	3	ADD
<i>sorbidon hydrate cream (rx)</i>	3	ADD
<i>sorbidon hydrate cream 12's (rx)</i>	3	ADD
SORBOLENE CREAM	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<i>therapeutic moisturizing cream fragrance free</i>	3	ADD
<i>therapeutic moisturizing cream fragrance-free</i>	3	ADD
<i>tridacaine ii</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
U-BASE CREAM BASE	3	ADD
ULTRATHON 25% REPELLENT SPRAY (RX)	3	ADD
ULTRATHON 34.34% REPEL LOTION	3	ADD
VALCHLOR	2	PA; MO; NDS
VANIBASE MOISTURIZING CREAM (RX)	3	ADD
VANIBASE TRADITIONAL FORMULA (RX)	3	ADD
<i>vanicream skin cream (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vanicream skin cream 40lb pail (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vanicream skin cream no dye / fragrance (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vanicream skin cream w/pump dispenser (rx)</i>	3	MO; ADD
VERSATILE CREAM BASE (RX)	3	ADD
VERSIGEL CREAM BASE	3	ADD
VITAMIN E OINTMENT	3	ADD
XCEL 100 CREAM	3	ADD
XERAC AC 6.25% SOLUTION	3	MO; ADD
ZIKS ARTHRITIS PAIN RELIEF	3	MO; ADD
<i>zinc oxide 20% ointment (otc)</i>	3	MO; ADD
<b>TRATAMIENTO DEL ACNÉ</b>		
<i>accutane</i>	1	
<i>acne medication 10% gel</i>	3	MO; ADD
ACNE MEDICATION 10% LOTION	3	MO; ADD
<i>acne medication 2.5% gel</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ACNE MEDICATION 5% GEL	3	MO; ADD
ACNE MEDICATION 5% LOTION	3	ADD
<i>adapalene 0.1% gel (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>amneestem</i>	1	
<i>azelaic acid</i>	1	MO
<i>benzoyl peroxide 10% gel (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 10% gel aqueous (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 10% wash (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 2.5% gel (otc)</i>	3	ADD
<i>benzoyl peroxide 5% gel (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 5% gel aqueous (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>benzoyl peroxide 5% wash (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>bpo 6% foaming cloths (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>bpo 6% foaming cloths outer (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>claravis</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	1	MO; QL (120 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 (90 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
<i>tretinoin topical</i>	1	PA; MO
<i>zenatane</i>	1	

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<b>SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES</b>		
<b>AGENTES ANTITIROIDEOS</b>		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>potassium iodide 1 gm/ml sol</i>	3	MO; ADD
<i>propylthiouracil</i>	1	MO
<b>HORMONAS SUPRARRENALES</b>		
<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
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<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
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
<i>euthyrox</i>	1	MO
<i>levo-t</i>	1	

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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</i>	1	MO
ELAPRASE	2	PA; MO; NDS
FABRAZYME	2	PA; MO; NDS
KANUMA	2	PA; MO; NDS
KORLYM	2	PA; NDS
LUMIZYME	2	PA; MO; NDS
MEPSEVII	2	PA; MO; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO; NDS
MYALEPT	2	PA; MO; LA; NDS
NAGLAZYME	2	PA; MO; LA; NDS
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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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; NDS
VIMIZIM	2	PA; MO; LA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	1	B/D PA; MO
<b>TRATAMIENTO DE LA DIABETES</b>		
<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	MO
BAQSIMI	2	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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)
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 10 WITH SG	3	ADD
CHEMSTRIP 2 GP	3	ADD
CHEMSTRIP 50B	3	ADD
CHEMSTRIP 7	3	ADD
CHEMSTRIP-9	3	ADD
CVS KETONE CARE TEST STRIP	3	ADD
<i>diazoxide</i>	1	MO
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	2	
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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	2	MO
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	2	MO
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	2	MO
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN	2	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	2	MO
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	2	MO
INPEFA ORAL TABLET 200 MG	2	PA; MO; QL (60 per 30 days)
INPEFA ORAL TABLET 400 MG	2	PA; MO; QL (30 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)
JENTADUETO	2	MO; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
KETO-DIASTIX REAGENT STRIPS	3	MO; ADD
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	2	MO
LANTUS U-100 INSULIN	2	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	2	MO
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	2	MO
LYUMJEV U-100 INSULIN	2	MO

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	1	MO; QL (180 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)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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)
<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)
SOLQUA 100/33	2	MO; QL (90 per 30 days)
STEGLATRO	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](http://CareSource.com/MyCare).

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SYMLINPEN 120	2	PA; MO; QL (10.8 per 30 days); NDS
SYMLINPEN 60	2	PA; MO; QL (6 per 30 days); NDS
SYNJARDY	2	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	MO; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	MO; QL (60 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	2	MO
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	2	MO
TRADJENTA	2	MO; QL (30 per 30 days)
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)

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

## SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

### OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

ACTEMRA ACTPEN	2	PA; MO; QL (3.6 per 28 days); NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (160 per 28 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ACTEMRA SUBCUTANEOUS	2	PA; MO; QL (3.6 per 28 days); NDS
ADALIMUMAB- ADAZ	2	PA; MO; QL (1.6 per 28 days); NDS
ADALIMUMAB- ADBM (ONLY NDCS STARTING WITH 00597) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS
ADALIMUMAB- ADBM (ONLY NDCS STARTING WITH 00597) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS
ADALIMUMAB- ADBM (ONLY NDCS STARTING WITH 00597) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; QL (4 per 28 days); NDS
ADALIMUMAB- ADBM (ONLY NDCS STARTING WITH 00597) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ADALIMUMAB- ADBM(CF) PEN CROHNS (ONLY NDCS STARTING WITH 00597)	2	PA; QL (6 per 180 days); NDS
ADALIMUMAB- ADBM(CF) PEN PS-UV (ONLY NDCS STARTING WITH 00597)	2	PA; QL (4 per 180 days); NDS
BENLYSTA	2	PA; MO; NDS
CYLTEZO(CF) PEN	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- HS	2	PA; QL (6 per 180 days); NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- UV	2	PA; QL (4 per 180 days); NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; QL (4 per 28 days); NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ENBREL MINI	2	PA; MO; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; MO; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA; MO; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SURECLICK	2	PA; MO; QL (8 per 28 days); NDS
HUMIRA (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA(CF) (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HUMIRA(CF) (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA(CF) PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA(CF) PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (2 per 28 days); NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)	2	PA; MO; QL (3 per 180 days); NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)	2	PA; QL (4 per 180 days); NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)	2	PA; MO; QL (3 per 180 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314)	2	PA; MO; QL (2.4 per 180 days); NDS
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314)	2	PA; MO; QL (1.6 per 180 days); NDS
HYRIMOZ(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML	2	PA; MO; QL (0.2 per 28 days); NDS
HYRIMOZ(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.2 ML	2	PA; MO; QL (0.4 per 28 days); NDS
HYRIMOZ(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	2	PA; QL (1.6 per 28 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (2.4 per 180 days); NDS
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (1.2 per 180 days); NDS
HYRIMOZ(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.4 ML	2	PA; QL (1.6 per 28 days); NDS
HYRIMOZ(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML	2	PA; MO; QL (1.6 per 28 days); NDS
<i>leflunomide</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ORENCIA (WITH MALTOSE)	2	PA; MO; QL (12 per 28 days); NDS
ORENCIA CLICKJECT	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML	2	PA; MO; QL (4 per 28 days); NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML	2	PA; MO; QL (1.6 per 28 days); NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML	2	PA; MO; QL (2.8 per 28 days); NDS
OTEZLA	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	2	PA; MO; QL (55 per 180 days); NDS
<i>penicillamine oral tablet</i>	1	PA; MO; NDS
RIDAURA	2	MO; NDS
RINVOQ LQ	2	PA; MO; QL (360 per 30 days); NDS

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 15 MG, 30 MG	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	2	PA; MO; QL (84 per 180 days); NDS
SAVELLA ORAL TABLET	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK	2	QL (55 per 180 days)
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR	2	PA; MO; QL (6 per 28 days); NDS
TYENNE AUTOINJECTOR	2	PA; MO; QL (3.6 per 28 days); NDS
TYENNE INTRAVENOUS	2	PA; MO; QL (160 per 28 days); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS	2	PA; MO; QL (3.6 per 28 days); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION	2	PA; MO; QL (480 per 24 days); NDS
XELJANZ ORAL TABLET	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XELJANZ XR	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS

### TRATAMIENTO DE LA GOTA

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

### TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	2	PA; QL (2.48 per 28 days); NDS
--------------------------------------------------------------------	---	--------------------------------

## SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA

### AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS

<i>12-hr decongest 120 mg caplet caplet, 12hr, max-str</i>	3	ADD
<i>12hr nasal decongest er 120 mg</i>	3	ADD
<i>24hr allergy(levocetirzn) 5 mg</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>24hr allergy-congst 180-240 mg</i>	3	ADD
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	MO
ALAHIST CF TABLET	3	MO; ADD
ALAHIST D 17.5-10 MG TABLET	3	MO; ADD
ALAHIST DM 2-15-7.5 MG/5 ML LQ	3	ADD
<i>ala-hist ir 2 mg tablet</i>	3	MO; ADD
ALAHIST PE 2-7.5 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>all day allergy 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>all day allergy 10 mg tablet indoor/outdoor 24 hr</i>	3	MO; ADD
<i>all day allergy-d tablet</i>	3	ADD
ALL DAY SINUS-COLD-D 220-120 MG	3	ADD
<i>aller-chlor 4 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>aller-g-time 25 mg caplet</i>	3	ADD

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>allergy relief-nasal decong tb</i>	3	MO; ADD
<i>allergy rlf (cetrzn) 10 mg tab</i>	3	ADD
<i>allergy rlf (cetrzn) 5 mg tab</i>	3	ADD
ALLERGY RLF (DIPHEN) 25 MG CHW	3	ADD
<i>allergy rlf (fexo) 60 mg tab</i>	3	ADD
<i>allergy rlf(cetrzn) 10 mg sfgl</i>	3	ADD
<i>allergy-conges relf er tablet</i>	3	ADD
<i>allergy-conges relf er tablet non-drowsy,24 hr rlf</i>	3	ADD
<i>allergy-congest 12hr 60-120 mg</i>	3	ADD
<i>allergy-congestion rlf 12h tab</i>	3	ADD
ALL-NITE COLD-FLU RELIEF LIQ	3	ADD
AQUANAZ TABLET	3	ADD
<i>banophen 25 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>banophen 25 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>banophen 50 mg capsule</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>benzonatate 100 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>benzonatate 100 mg capsule inner</i>	3	MO; ADD
<i>benzonatate 100 mg capsule outer</i>	3	MO; ADD
<i>benzonatate 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 inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>bromphen-pse-dm 2-30-10 mg/5 ml cup outer (rx)</i>	3	MO; ADD
CAPMIST DM TABLET	3	MO; ADD
CAPRON DM LIQUID	3	MO; ADD
CAPRON DMT TABLET	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln children, grape (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln children's (otc)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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 &amp; outdoor</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet indoor-outdoor,24hr</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 10 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg chew tab children's,outer,u-d</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg tablet indoor &amp; outdoor</i>	3	MO; ADD
<i>cetirizine hcl 5 mg/5 ml solution cup inner</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cetirizine hcl 5 mg/5 ml solution cup outer</i>	3	ADD
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>cetirizine-pse er 5-120 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>chest cong rlf dm 400-20 mg tb</i>	3	MO; ADD
<i>chest cong rlf pe 400-10 mg tb</i>	3	ADD
<i>chest congest rlf 400 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>chest congestion relief dm syr</i>	3	ADD
CHEST CONGESTION RELIEF SOLN	3	MO; ADD
<i>chest congst-cough relief tab</i>	3	ADD
<i>chest-sinus congst rlf tablet</i>	3	ADD
<i>child all day allergy 1 mg/ml</i>	3	ADD
<i>child all day allergy 1 mg/ml bubble gum</i>	3	ADD
<i>child allergy (fexo) 30 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>child allergy 5 mg/5 ml soln</i>	3	ADD
<i>child allergy relief 1 mg/ml</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>child allergy relief 5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>child allergy rlf 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>child cetirizine 10 mg chew tb chewable, allergy</i>	3	ADD
<i>child cetirizine 5 mg chew tab</i>	3	ADD
<i>child cetirizine hcl 1 mg/ml</i>	3	MO; ADD
<i>child cold-allergy liquid</i>	3	ADD
CHILD COUGH DM ER 30 MG/5 ML	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
CHILD DELSYM COUGH PLUS DY-NT	3	ADD
<i>child delsym cough-chest dm lq</i>	3	ADD
CHILD LORATADINE 5 MG TAB CHEW	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>child loratadine 5 mg/5 ml sol</i>	3	MO; ADD
<i>child loratadine 5 mg/5 ml syr</i>	3	MO; ADD
<i>child loratadine 5 mg/5 ml syr grape</i>	3	MO; ADD
CHILD MUCINEX 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-SYMP TOM LQ	3	ADD
CHILD MUCINEX STUFFY NOSE-CHST	3	MO; ADD
<i>child mucus relief cough liq cherry,child</i>	3	ADD
CHILD MUCUS RELIEF M-S COLD LQ	3	ADD
CHILD TRIAMINIC M-S FEVER-COLD	3	ADD
<i>children's cold-cough elixir red grape,child</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>children's cold-cough liquid</i>	3	ADD
<i>children's mucinex cough liq</i>	3	ADD
CHILDREN'S MUCINEX FREEFROM LQ	3	ADD
<i>children's plus m-s cold susp grape,multi-symptom</i>	3	ADD
<i>child's allergy 12.5 mg/5 ml cherry,child</i>	3	ADD
<i>chld allrgy rlf 12.5 mg chew tb</i>	3	ADD
CHLO HIST ORAL SOLUTION	3	MO; ADD
CHLO TUSS LIQUID	3	MO; ADD
CHLOPHEDIANOL-DEXCHLORP-PSE LQ	3	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
<i>cold-cough elixir</i>	3	ADD
<i>cold-sinus 200 mg-30 mg caplet</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CONEX 2 MG-60 MG/5 ML SOLN	3	ADD
<i>conex tablet</i>	3	ADD
COUGH DM 20-200 MG/20 ML SYRUP	3	ADD
<i>cough dm er 30 mg/5 ml susp</i>	3	MO; ADD
COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP	3	MO; ADD
<i>cough dm er 30 mg/5 ml susp 12 hour</i>	3	MO; ADD
<i>cough dm er 30 mg/5 ml susp 12hr,gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>cough dm er 30 mg/5 ml susp gluten-free,12hr</i>	3	MO; ADD
COUGH-COLD HBP TABLET	3	ADD
COUGH-COLD TABLET	3	ADD
<i>day multi-symp flu-severe cold</i>	3	ADD
DAY TIME COLD-FLU SOFTGEL SOFTGEL	3	ADD
DAYTIME COLD-FLU RELIEF LIQUID	3	ADD
DAYTIME COLD-FLU RELIEF SFTGL	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DECONEX DMX 17.5-400-10 MG TAB	3	MO; ADD
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 15 MG CAPLET	3	ADD
<i>delsym cough+chest cngst dm lq</i>	3	MO; ADD
DELSYM COUGH-SORE THROAT LIQ	3	ADD
DELSYM NIGHTTIME COUGH LIQUID	3	ADD
<i>dextromethorphan 15 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>dextromethorphan er 30 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>dimaphen dm elixir grape,gluten-f</i>	3	MO; ADD
<i>diphedryl 12.5 mg/5 ml elixir</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml cup</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg capsule (otc)</i>	3	ADD
<i>diphenhydramine 25 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>diphenhydramine 25 mg/10 ml cup</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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>diphenhydramine hcl oral elixir</i>	1	PA
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
<i>ed a-hist liquid (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>ed bron gp liquid</i>	3	ADD
<i>ed chlorped jr syrup</i>	3	MO; ADD
<i>ed-a-hist 4 mg-10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>ed-a-hist dm liquid banana flavor (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>endacof-dm liquid</i>	3	MO; ADD
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml (manufactured by mylan specialty)</i>	1	MO; QL (4 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
<i>fexofenadine hcl 180 mg tablet non-drowsy, 24hr (otc)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fexofenadine hcl 60 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>fexofenadine-pse er 180-240 tb (otc)</i>	3	ADD
<i>fexofenadine-pse er 60-120 tab (otc)</i>	3	ADD
<i>fexofenadine-pse er 60-120 tab allergy/congest, 12hr (otc)</i>	3	ADD
FLU HBP 325-2-10 MG CAPLET	3	ADD
FLU-SEVERE COLD-COUGH DAY PKT	3	ADD
<i>gnp all day allergy 10 mg sfgl</i>	3	ADD
<i>gnp allergy multi-symptom cplt</i>	3	ADD
<i>gnp allergy relief 180 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>gnp allergy relief 25 mg tab</i>	3	ADD
<i>gnp allergy relief 4 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp allergy relief 5 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp allergy relief 50 mg/20 ml</i>	3	ADD
<i>gnp fexofenadine-pse er 60-120 (otc)</i>	3	ADD
<i>gnp loratadine 10 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp mucus dm max er 1200-60 mg</i>	3	MO; ADD
GNP MUCUS-ER MAX 1,200 MG TAB	3	MO; ADD
<i>gnp nasal decong pe 10 mg tab</i>	3	ADD
GNP SINUS PRESSURE-PAIN CAPLET	3	ADD
GNP SINUS-HEADACHE CAPLET	3	ADD
<i>gnp tussin dm 200-20 mg/20 ml</i>	3	ADD
<i>gnp tussin dm max liquid</i>	3	ADD
<i>gnp tussin mucus-con 200 mg/10</i>	3	ADD
<i>gs all day allergy 10 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>gs aller-ease 180 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs allergy relief 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs allergy relief 10 mg tablet non-drowsy</i>	3	ADD
<i>gs allergy relief 25 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gs child all day aller 1 mg/ml</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gs child allergy 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
GS CHILD MUCUS RELIEF M-S COLD	3	ADD
<i>gs child mucus rlf cough liq</i>	3	ADD
<i>gs children's cold-cough soln</i>	3	ADD
GS CHLD COUGH DM ER 30 MG/5 ML	3	ADD
GS COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP	3	MO; ADD
GS DAY TIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE	3	ADD
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
<i>gs nasal decongest 30 mg tab</i>	3	ADD
GS NIGHTTIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE, ORIGINAL	3	ADD
<i>gs nighttime cold-flu softgel</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gs nightttime cough liquid</i>	3	ADD
GS SEVERE COLD-FLU NIGHTTME LQ	3	ADD
GS SEVERE DAYTIME COLD-FLU LIQ	3	ADD
<i>gs suphedrine 12hr 120 mg cplt</i>	3	ADD
<i>gs tussin cf liquid</i>	3	ADD
GS TUSSIN DM 200-20 MG/20 ML	3	ADD
<i>gs tussin dm cough syrup</i>	3	ADD
<i>gs tussin dm liquid</i>	3	ADD
<i>gs tussin dm max liquid</i>	3	ADD
<i>gs tussin mucus-cong 100 mg/5</i>	3	ADD
<i>gs tussin mucus-cong 200 mg/10</i>	3	ADD
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 100 mg/5 ml liquid</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 100 mg/5 ml solution cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 100 mg/5 ml solution cup outer</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>guaifenesin 200 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 200 mg/10 ml solution cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 200 mg/10 ml solution cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 300 mg/15 ml solution cup inner</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin 300 mg/15 ml solution cup outer</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin ac cough syrup (otc)</i>	3	ADD
<i>guaifenesin er 600 mg tablet</i>	3	MO; ADD
GUAIFENESIN-CODEINE 100-10 MG/5 ML CUP (OTC)	3	MO; ADD
GUAIFENESIN-CODEINE 100-10 MG/5 ML CUP INNER (OTC)	3	MO; ADD
GUAIFENESIN-CODEINE 200-20 MG/10 ML CUP (OTC)	3	MO; ADD
GUAIFENESIN-CODEINE 200-20 MG/10 ML CUP INNER (OTC)	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>guaifenesin-dm 100-10 mg/5 ml cup (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 cup (otc)</i>	3	MO; 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
<i>guaifenesin-pse er 1200-120 mg (otc)</i>	3	ADD
<i>guaifenesin-pse er 600-60 mg (otc)</i>	3	MO; ADD
HEAD CONGESTION-MUCUS CAPLET	3	ADD
HISTEX 2.5 MG/5 ML SYRUP	3	ADD
HISTEX PD 0.938 MG/ML DROP	3	MO; ADD
HISTEX-DM SYRUP	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>hm allergy relief 10 mg tablet</i>	3	ADD
<i>hm allergy relief 180 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>hm allergy relief 25 mg cap</i>	3	ADD
<i>hm allergy relief 4 mg tablet</i>	3	ADD
<i>hm allergy relief 60 mg tablet</i>	3	ADD
<i>hm allergy rlf-nasal decong tb non-drowsy,24 hr rlf</i>	3	MO; ADD
<i>hm chest congest rlf 400 mg tb caplet,d/f</i>	3	MO; ADD
<i>hm chest congest rlf dm caplet caplet,d/f</i>	3	MO; ADD
<i>hm child all day aller 1 mg/ml</i>	3	ADD
<i>hm child loratadine 5 mg/5 ml</i>	3	MO; ADD
<i>hm child's cold-cough elixir red grape</i>	3	ADD
<i>hm cold-sinus 200-30 mg coated caplet</i>	3	ADD
<i>hm cough dm er 30 mg/5 ml susp gluten-free</i>	3	MO; ADD
HM COUGH DM ER 30 MG/5 ML SUSP GRAPE, GLUTEN-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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HM DAY SEVERE COLD-FLU CAPLET	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
<i>hm mucus dm max er 1200-60 mg</i>	3	MO; ADD
<i>hm nasal decong pe 10 mg tab</i>	3	ADD
<i>hm nasal decong pe 10 mg tab non-drowsy,max-str</i>	3	ADD
<i>hm nasal decongest er 120 mg</i>	3	ADD
HM NIGHT TIME COLD-FLU LIQ GLUTEN-FREE,CHERRY	3	ADD
HYCODAN 5 MG-1.5 MG TABLET	3	MO; ADD
HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLN	3	MO; ADD
HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLUTION CUP INNER	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLUTION CUP OUTER	3	ADD
<i>hydrocodone-chlorphen er susp</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml solution cup inner</i>	3	ADD
<i>hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml solution cup outer</i>	3	ADD
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>hydrocodone-homatropine soln</i>	3	ADD
<i>hydromet 5 mg-1.5 mg/5 ml soln</i>	3	MO; ADD
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1	PA; MO
<i>levocetirizine 5 mg tablet (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>levocetirizine oral solution</i>	1	MO
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lohist-d liquid</i>	3	MO; ADD
<i>lohist-dm syrup</i>	3	MO; ADD
<i>loratadine 10 mg odt</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MICLARA LQ 1.25 MG/5 ML SYRUP	3	ADD
MUCINEX COLD-FLU-SORETHROAT LQ	3	ADD
<i>mucinex cough-chest cong hbp</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex d er 1,200-120 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex d er 600-60 mg tablet</i>	3	MO; ADD
MUCINEX DM ER 1,200-60 MG TAB BI-LAYER, MAX-STR	3	MO; ADD
<i>mucinex dm er 600-30 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex dm er 600-30 mg tablet bi-layer</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex dm er 600-30 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex dm er 600-30 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
MUCINEX ER 1,200 MG TABLET	3	MO; ADD
MUCINEX ER 1,200 MG TABLET MAX STR, BI-LAYER	3	MO; ADD
<i>mucinex er 600 mg tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>mucinex er 600 mg tablet bi-layer, 12 hours</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex er 600 mg tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>mucinex er 600 mg tablet outer</i>	3	MO; ADD
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	MO; ADD
MUCINEX FAST-MAX CONGEST-HEAD	3	ADD
<i>mucinex fast-max dm max liquid</i>	3	ADD
<i>mucinex fast-max dm max liquid maximum strength</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 11/18/2024.

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 FASTMX CLD-NTSHFT CPLT	3	ADD
MUCINEX FASTMX CNG-NTSHFT CPLT	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHFT SEVR CLD-FLU	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT CLD-FLU CPT	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT COLD-FLU LQ	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT SINUS CAPLT	3	ADD
MUCINEX NIGHTSHIFT SINUS LIQ	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX CONG-PAIN CP	3	ADD
MUCINEX SINUSMAX DAY-NT CAPLET	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX DY-NT LIQGEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX PRESSURE-CGH	3	ADD
MUCINEX SINUS-MAX SEVERE CPLT	3	ADD
<i>mucus dm max er 1,200-60 mg tb</i>	3	MO; ADD
<i>mucus er 600 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>mucus relief 400 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>mucus relief d er 1,200-120 mg</i>	3	ADD
<i>mucus relief d er 600-60 mg tb</i>	3	ADD
<i>mucus relief dm cough tablet</i>	3	ADD
<i>mucus relief dm max liquid</i>	3	ADD
MUCUS RELIEF ER 1,200 MG TAB	3	ADD
<i>mucus relief er 600 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>mucus relief pe tablet</i>	3	ADD
<i>mucus rlf dm er 600-30 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>mucus rlf dm max er 1200-60 mg</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MUCUS-CHEST CONG 200 MG/10 ML	3	ADD
<i>nasal decongestant 30 mg tab</i>	3	ADD
<i>nasal decongestant 30 mg tab maximum strength</i>	3	ADD
<i>nasal decongestant 30 mg tab non-drowsy,max-str</i>	3	ADD
<i>nasal decongestant pe 10 mg tb</i>	3	ADD
<i>nasal decongestant pe 10 mg tb max-str</i>	3	ADD
<i>nasal decongestant pe 10 mg tb non-drowsy,mx-str</i>	3	ADD
NASOPEN PE LIQUID	3	MO; ADD
NIGHT SEVERE COLD-COUGH PKT	3	ADD
NIGHT TIME COLD-FLU LIQUID MULTI-SYMP, ORIGINAL	3	ADD
<i>night time cold-flu liquid multi-sympt, cherry</i>	3	ADD
<i>night time cold-flu gluten-free, softgel</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>night time cough liquid multi sympt, cherry</i>	3	ADD
NIGHTTIME COLD AND FLU LIQUID	3	ADD
<i>nighttime cold-flu rlf sftgl</i>	3	ADD
NIGHTTIME COLD-FLU RLF SFTGL	3	ADD
<i>nighttime cough liquid</i>	3	ADD
NINJACOF LIQUID	3	MO; ADD
NINJACOF-A LIQUID	3	ADD
NINJACOF-XG LIQUID	3	ADD
NIVANEX DMX TABLET	3	ADD
<i>nohist-dm liquid</i>	3	MO; ADD
<i>nohist-lq liquid</i>	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
<i>pharbedryl 25 mg capsule</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pharbedryl 50 mg capsule</i>	3	ADD
<i>phenylephrine 10 mg tablet</i>	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
POLYTUSSIN DM 2-15-7.5 MG/5 ML	3	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
<i>promethazine vc solution</i>	3	MO; ADD
<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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pseudoephedrine er 120 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine er 120 mg tab 12 hour, coated</i>	3	MO; ADD
<i>pseudoephedrine er 120 mg tab coated cplt, max str</i>	3	MO; ADD
<i>qc all day allergy 10 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>qc allergy (lorat) 10 mg tab</i>	3	ADD
<i>qc child allergy 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>qc children's allergy 1 mg/ml</i>	3	ADD
<i>qc cold relief plus eff tablet</i>	3	ADD
<i>qc complete allergy 25 mg cap</i>	3	ADD
<i>qc complete allergy 25 mg cap</i>	3	ADD
<i>qc ibuprofen cld-sinus cplt non-drowsy, caplet</i>	3	ADD
<i>qc loratadine 10 mg tablet non-drowsy</i>	3	MO; ADD
<i>qc loratadine-d 24hr tablet non-drowsy</i>	3	MO; ADD
<i>qc mucus relief 400 mg caplet</i>	3	MO; ADD
<i>qc mucus relief dm tablet</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QC MUCUS RELIEF ER 1,200 MG TB	3	ADD
<i>qc mucus relief er 600 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>qc nasal decongest 30 mg tab</i>	3	ADD
<i>qc suphedrine 12hr 120 mg cplt non-drowsy, 12hr</i>	3	ADD
<i>qc tussin 100 mg/5 ml solution</i>	3	ADD
<i>qc tussin cf liquid</i>	3	ADD
<i>qc tussin dm liquid</i>	3	ADD
<i>qc tussin mucus-cong 200 mg/10</i>	3	ADD
<i>robafen cf liquid multi-cld symptm</i>	3	MO; ADD
<i>robafen dm 200-20 mg/20 ml liq</i>	3	MO; ADD
RU-HIST D 10-4 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>rydex liquid</i>	3	ADD
RYMED TABLET	3	MO; ADD
<i>rynex dm liquid gluten/f</i>	3	MO; ADD
<i>rynex dm liquid prof use only</i>	3	MO; ADD
<i>rynex pe liquid</i>	3	MO; ADD
<i>rynex pse liquid</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SEVERE COLD-FLU CAPLET	3	ADD
<i>siladryl 12.5 mg/5 ml liquid</i>	3	ADD
<i>siltussin sa 100 mg/5 ml syr</i>	3	ADD
SINUS CONGESTION-PAIN CAPLET	3	MO; ADD
SINUS CONGST-PAIN 325-200-5 MG	3	ADD
SINUS PRESSURE-PAIN CAPLET	3	ADD
SINUS-HEADACHE 5-325 MG CAPLET	3	ADD
<i>sm all day allergy 10 mg tab</i>	3	MO; ADD
<i>sm all day allergy 10 mg tab</i>	3	ADD
<i>sm all day allergy-d tablet</i>	3	ADD
<i>sm allergy (fexo) 60 mg tablet</i>	3	ADD
<i>sm allergy 4 mg tablet</i>	3	ADD
<i>sm allergy relief 25 mg tablet</i>	3	ADD
<i>sm chest cong relief pe caplet</i>	3	ADD
<i>sm chest congest rlf dm caplet caplet,d/f</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm chest congestion 400 mg cplt caplet,d/f</i>	3	MO; ADD
<i>sm child all day aller 1 mg/ml</i>	3	ADD
<i>sm child all day aller 1 mg/ml cherry</i>	3	ADD
<i>sm child all day aller 1 mg/ml d/f, s/f, a/f bubble</i>	3	ADD
<i>sm child allergy 12.5 mg/5 ml</i>	3	ADD
<i>sm child allergy 5 mg/5 ml sol</i>	3	ADD
<i>sm child cold-allergy liquid</i>	3	ADD
<i>sm child loratadine 5 mg/5 ml gluten/f</i>	3	MO; ADD
SM COLD-FLU SEVERE CAPLET GLUTEN-FREE	3	ADD
<i>sm cold-sinus relief caplet</i>	3	ADD
SM DAY TIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE	3	ADD
<i>sm fexofenadine hcl 180 mg tab (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm fexofenadine hcl 180 mg tab 24hr, gluten-free (otc)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm fexofenadine hcl 60 mg tab (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm guaifenesin-pse er 600-60 (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>sm loratadine 10 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sm loratadine 5 mg/5 ml syrup</i>	3	MO; ADD
<i>sm lorata-dine d 24hr tablet</i>	3	ADD
<i>sm loratadine-d 12 hour tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sm mucus relief er 600 mg tab</i>	3	MO; ADD
SM MUCUS-ER MAX 1,200 MG TAB	3	MO; ADD
<i>sm nasal decong pe 10 mg tab</i>	3	ADD
<i>sm nasal decongest 30 mg tab</i>	3	ADD
<i>sm nasal decongest er 120 mg</i>	3	ADD
SM NITE TIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE	3	ADD
SM NITE TIME COLD-FLU LIQUID GLUTEN-FREE,CHERRY	3	ADD
SM SINUS SEVERE 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm tussin cf syrup</i>	3	ADD
SM TUSSIN DM 200-20 MG/20 ML	3	ADD
<i>sm tussin dm 400-20 mg/20 ml</i>	3	ADD
<i>sm tussin dm liquid</i>	3	ADD
<i>sm tussin dm syrup</i>	3	ADD
<i>sm tussin mucus-cong 200 mg/10 adult,non-drows</i>	3	ADD
STAHIST AD TABLET	3	MO; ADD
<i>sudogest 30 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sudogest 30 mg tablet boxed</i>	3	MO; ADD
<i>sudogest 60 mg tablet</i>	3	MO; ADD
<i>sudogest cold and allergy tab</i>	3	MO; ADD
<i>suphedrin 30 mg tablet</i>	3	ADD
THERAFLU EXPRESSMAX COLD-COUGH	3	ADD
THERAFLU EXPRESSMAX DAY CAPLET	3	ADD
THERAFLU EXPRESSMAX NIGHT CPLT	3	ADD

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
<i>tusnel diabetic liquid</i>	3	ADD
<i>tusnel diabetic liquid d/f</i>	3	ADD
TUSNEL DM LIQUID	3	ADD
TUSNEL DM PEDIATRIC LIQUID	3	ADD
TUSNEL LIQUID D/F	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TUSNEL PED 5-50-15 MG/5 ML LIQ (OTC)	3	ADD
TUSNEL PEDI 25-1.25 MG/ML DROP	3	ADD
TUSNEL-DM PED 2.5-25-1.25 MG/ML	3	ADD
<i>tusnel-ex 100 mg/5 ml liquid</i>	3	ADD
<i>tussin 400 mg tablet</i>	3	ADD
<i>tussin cf cough-cold liquid non-drowsy</i>	3	ADD
<i>tussin cf cough-cold syrup non-drowsy</i>	3	ADD
TUSSIN CF MAX SEVERE M-S COLD	3	ADD
<i>tussin cf multi-symptom cold</i>	3	ADD
<i>tussin cough liquid long-acting</i>	3	ADD
<i>tussin cough liquid maximum strength</i>	3	ADD
<i>tussin dm 400-20 mg tablet</i>	3	ADD
<i>tussin dm 400-20 mg/20 ml liq</i>	3	ADD
<i>tussin dm liquid</i>	3	ADD
<i>tussin mucus-cong 200 mg/10 ml</i>	3	ADD
VANACOF DM 18-200-10 MG/15 ML	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VANACOF DMX 18-396-10 MG/15 ML	3	ADD
VANACOF LIQUID	3	MO; ADD
VANATAB DM CAPLET	3	ADD
WESTUSSIN DM 1-5-10 MG/5 ML SYR	3	ADD
<b>AGENTES PULMONARES</b>		
<i>acetylcysteine</i>	1	B/D PA; MO
ADEMPAS	2	PA; MO; LA; NDS
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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	1	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1	MO
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1	MO
<i>allergy relief 50 mcg spray</i>	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); NDS
<i>ambrisentan</i>	1	PA; MO; LA; NDS
<i>arformoterol</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100 MCG/ACTUATION , 200 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (13 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ASMANEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 50 MCG/ACTUATION	2	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)
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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BEVESPI AEROSPHERE	2	MO; QL (10.7 per 30 days)
<i>bosentan</i>	1	PA; MO; LA; NDS
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, 0.5 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; MO; 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; NDS
COMBIVENT RESPIMAT	2	QL (8 per 30 days)
<i>cromolyn inhalation</i>	1	B/D PA; MO
<i>cromolyn sodium nasal spray</i>	3	MO; ADD
DULERA	2	MO; QL (13 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ELIXOPHYLLIN	2	
FASENRA PEN	2	PA; MO; QL (1 per 28 days); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	2	PA; MO; QL (0.5 per 28 days); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	2	PA; MO; QL (1 per 28 days); NDS
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
<i>flunisolide</i>	1	MO; QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray (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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fluticasone propionate nasal spray, suspension 50 mcg/actuation</i>	1	MO; QL (16 per 30 days)
<i>fluticasone propionate-salmeterol inhalation blister with device</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>formoterol fumarate</i>	1	B/D PA; MO; QL (120 per 30 days)
<i>gmp fluticasone prop 50 mcg sp (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>hm allergy relief 50 mcg spray</i>	3	ADD
<i>icatibant</i>	1	PA; MO; NDS
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	1	B/D PA; MO
<i>ipratropium-albuterol</i>	1	B/D PA; MO
KALYDECO	2	PA; MO; QL (56 per 28 days); NDS
<i>levalbuterol hcl</i>	1	B/D PA; MO
<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); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	2	PA; MO; LA; QL (3 per 28 days); NDS

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	2	PA; MO; LA; QL (3 per 28 days); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	2	PA; MO; LA; QL (0.4 per 28 days); NDS
OFEV	2	PA; MO; QL (60 per 30 days); NDS
OPSUMIT	2	PA; MO; LA; NDS
OPSYNVI	2	PA; MO; QL (30 per 30 days); NDS
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	2	PA; MO; QL (56 per 28 days); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET	2	PA; MO; QL (112 per 28 days); NDS
<i>pirfenidone oral capsule</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days); NDS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	2	MO; QL (1 per 30 days)
PULMOZYME	2	B/D PA; MO; NDS
<i>qc allergy relief 50 mcg spray</i>	3	ADD
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION	2	QL (10.6 per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION	2	QL (21.2 per 30 days)
<i>roflumilast</i>	1	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
<i>sajazir</i>	1	PA; MO; NDS
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	1	PA; NDS
<i>sildenafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>sm allergy relief 50 mcg spray</i>	3	ADD
SPIRIVA RESPIMAT	2	MO; QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT	2	MO; QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT	2	MO; QL (4 per 30 days)
SYMDEKO	2	PA; MO; QL (56 per 28 days); NDS
<i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>terbutaline</i>	1	MO
THEO-24	2	MO
THEOPHYLLINE ANHYDROUS PWD USP/NF (RX)	3	ADD
<i>theophylline oral elixir</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>theophylline oral solution</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr</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); NDS
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	2	PA; MO; QL (84 per 28 days); NDS
TYVASO	2	B/D PA; MO; NDS
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	2	B/D PA; NDS
TYVASO REFILL KIT	2	B/D PA; MO; NDS
TYVASO STARTER KIT	2	B/D PA; MO; NDS
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 per 30 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	2	PA; MO; LA; QL (8 per 28 days); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	2	PA; MO; LA; QL (1 per 28 days); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	2	PA; MO; LA; QL (8 per 28 days); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	2	PA; MO; LA; QL (8 per 28 days); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	2	PA; MO; LA; QL (1 per 28 days); NDS
<i>zafirlukast</i>	1	MO

## SUMINISTROS DIVERSOS

### SUMINISTROS DIVERSOS

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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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)

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)
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	MO
BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	3	MO
BD PEN NEEDLE	2	MO
BD PEN NEEDLE	2	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CARESTART COVID-19 AG HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
CEQR SIMPLICITY	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)
CLINITEST COVID-19 HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
COMPACT SPACE CHAMBER	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-LRG MASK	3	MO; ADD
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
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)
COVID-19 AT-HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
CVS COVID-19 AT-HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 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)

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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)
ELLUME COVID-19 HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
EQ SPACE CHAMBER	3	ADD
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)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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)
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST (EUA)	3	MO; ADD; QL (8 per 30 days)
GAUZE PADS 2 X 2	2	MO
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	2	MO
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE	3	MO; 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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)
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS	3	ADD; QL (24 per 30 days)
LUCIRA CHECK-IT COVID-19 HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
MICROCHAMBER	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
MICROLIFE PEAK FLOW METER	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
MICROSPACER FOR AEROSOL DEVICE	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
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)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	2	MO; QL (1 per 720 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	2	MO
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	2	
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	
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	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 days)
OPTICHAMBER DIAMOND VHC	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
OPTICHAMBER DIAMOND W-LRG MASK	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)
PEDIATRIC PANDA MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PEN NEEDLES (NON-PREFERRED BRANDS) NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	2	MO
PERSONAL BEST PEAK FLOW MTR	3	ADD; QL (2 per 365 days)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PIKO 1 FLOW METER	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 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)
PRO COMFORT SPACER-INFANT 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)
PURE COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	ADD; QL (2 per 365 days)
PURECOMFORT PEAK FLOW MTR ADLT	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 11/18/2024.

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
QUICKVUE AT- HOME COVID-19 TEST (EUA)	3	MO; ADD; QL (8 per 30 days)
RITEFLO SPACER	3	ADD; QL (2 per 365 days)
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST (EUA)	3	ADD; QL (8 per 30 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)

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRUSTEX CONDOM 12'S,W/NONOXYN OL-9	3	ADD; QL (24 per 30 days)
TRUSTEX CONDOM 12'S,W- NONOXYNOL-9	3	ADD; QL (24 per 30 days)
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/SPERMICI DE	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/SPERMICI DE	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 11/18/2024.

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

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
VORTEX HOLDING CHAMBER HRI	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)
VORTEX VHC FROG CHILD MASK HRI	3	MO; ADD; QL (2 per 365 days)

## UROLÓGICOS

<i>hm urinary pain rlf 95 mg tab</i>	3	ADD
HM URINARY PAIN RLF 99.5 MG	3	ADD
<i>qc urinary pain rlf 95 mg tab</i>	3	ADD
SM URINARY PAIN REL 97.5 MG TB MAX-STRENGTH	3	ADD
<i>sm urinary pain rlf 95 mg tab</i>	3	ADD
SM URINARY PAIN RLF 99.5 MG TB	3	ADD
<i>urinary pain relief 95 mg tab</i>	3	ADD

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

URINARY PAIN RELIEF 99.5 MG TB	3	ADD
--------------------------------	---	-----

## AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

<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
PHOSPHO-TRIN K500 500 MG TAB	3	MO; ADD
<i>potassium cit-citric acid soln</i>	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
<i>sod citrate-citric acid solution 1.5-1 gm/15 ml cup inner (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sod citrate-citric acid solution 1.5-1 gm/15 ml cup outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod citrate-citric acid solution 3-2 gm/30 ml cup inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sod citrate-citric acid solution 3-2 gm/30 ml cup outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>tricitrates oral solution</i>	3	MO; ADD
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>fesoterodine</i>	1	MO
<i>flavoxate</i>	1	MO
<i>mirabegron</i>	1	MO
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	1	MO
OXYTROL FOR WOMEN 3.9 MG/24HR OUTER	3	MO; ADD
<i>solifenacin</i>	1	MO
<i>tolterodine</i>	1	MO
<i>trospium oral tablet</i>	1	MO
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)		
<i>alfuzosin</i>	1	MO
<i>dutasteride</i>	1	MO
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>silodosin</i>	1	MO
<i>tamsulosin</i>	1	MO
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS		
DERIVADOS DE SANGRE		
<i>albumin, human 25 %</i>	1	
<i>alburx (human) 25 %</i>	1	
<i>alburx (human) 5 %</i>	1	
<i>albutein 25 %</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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>albutein 5 %</i>	1	
<b>ELECTROLITOS</b>		
<i>antacid 500 mg chew tablet</i>	3	ADD
<i>antacid 500 mg chewable tablet</i>	3	ADD
<i>antacid 500 mg chewable tablet inner</i>	3	ADD
<i>antacid 500 mg chewable tablet outer</i>	3	ADD
<i>antacid 750 mg chewable tablet</i>	3	ADD
<i>antacid ex-str 750 mg tab chew</i>	3	ADD
<i>antacid ultra str 1,000 mg chw</i>	3	ADD
<i>antacid ultra tablet chew</i>	3	ADD
<i>antacid xtra strength chew tab</i>	3	ADD
BIOLYTE LIQUID CITRUS, INNER	3	ADD
CAL-CITRATE PLUS VITAMIN D TAB	3	ADD
CALCIUM 1,000 MG-D3 20 MCG TAB	3	MO; ADD
<i>calcium 250-vit d3 125 tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM 500 MG CHEWABLE TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg chewable tablet tab chew,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500 mg tablet oyster shell,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500 mg-vit d3 10 mcg tab (rx)</i>	3	ADD
CALCIUM 500 MG-VIT D3 15 MCG TAB	3	MO; ADD
<i>calcium 500 mg-vit d3 5 mcg tb (rx)</i>	3	ADD
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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium 500-vit d3 200 caplet caplt,p/f,no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 caplet gluten-free,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 tablet lactose free, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 200 tablet p/f,n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 500-vit d3 400 tablet 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 TABLET	3	MO; ADD

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 gluten-free,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600 mg tablet p/f, n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600 mg-d3 20 mcg cplt (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-d3 400 unit sfgl</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-vit d3 10 mcg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 mg-vit d3 5 mcg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600 with vit d chew tb p/f</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600+d softgel</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-d3 20 mcg(800 unit) (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM 600-VIT D3 2,500 SFTGL	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 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 11/18/2024.

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 caplet, no lactose (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet lactose free, p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet lactose free,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet p/f,d/f,lactose-free (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 200 tablet p/f,high potency (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 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 400 tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet high potency (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet new formula (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f, n (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f, no yeast (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f,lactose-free (rx)</i>	3	ADD
<b>CALCIUM 600-VIT D3 500 SOFTGEL RAPID RELEASE, SFTGL (RX)</b>	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM 600-VIT D3 500 SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600-vit d3 800 tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	1	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 chew tab</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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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	
<i>calcium cit 200 mg-d3 6.25 mcg (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium cit 200-vit d3 250 tab (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 200-VIT D3 250 TAB (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium cit 250 mg-d3 200 unit (rx)</i>	3	ADD
<i>calcium cit 315 mg-vit d3 5 mcg (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CIT 315-VIT D3 250 CPT (RX)	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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
<i>calcium citrate - vit d caplet caplet,p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate - vit d p/f, caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate - vit d tablet p/f,coated (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 200 mg caplet caplet, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 200 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 200 mg tablet coated, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium citrate 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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CALCIUM CITRATE GRANULES	3	ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 CAPLET (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 CAPLET P/F (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium citrate-vit d3 tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET COATED, PETITES (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET INNER (RX)	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET OUTER (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium citrate-vit d3 tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET PETITES (RX)	3	MO; ADD
<i>calcium citrate-vitamin d3 liq</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>calcium cit-vit d 315-200 tab p/f, lactose-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>calcium gluconate intravenous</i>	1	
CALCIUM LACTATE 100 MG TABLET	3	ADD
<i>cal-gest 500 mg tablet chew</i>	3	MO; ADD
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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>chromium cl 40 mcg/10 ml vial outer, sdv</i>	3	ADD
<i>chromium cl 40 mcg/10 ml vial p/f, suv, outer</i>	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
CITRACAL-D3 MAXIMUM PLUS CAPLT	3	MO; ADD
<i>copper chloride 4 mg/10 ml vl p/f, suv, outer</i>	3	ADD
CVS CAL CIT 200 MG-D3 6.25 MCG (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs calcium 500-vit d3 125 tab</i>	3	ADD
<i>cvs calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs calcium 600-vit d3 400 tab (otc)</i>	3	ADD
<i>cvs calcium 600-vit d3 400 tab s/f, p/f (otc)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs calcium 600-vit d3 800 tab p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs magnesium 250 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS MAGNESIUM 500 MG CAPLET (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs pediatric electrolyte 16's,freezer pops (rx)</i>	3	ADD; QL (434 per 30 days)
<i>cvs pediatric electrolyte soln (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs pediatric electrolyte soln (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>cvs pediatric electrolyte soln dye/free, strawberry (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
CVS TRIPLE MAGNESIUM COMPLEX	3	ADD
<i>effe-r-k oral tablet, effervescent 25 meq</i>	1	MO
<i>electrolyte solution (rx)</i>	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>eql calcium 600-vit d3 800 tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eql calcium citrate-vit d3 cpt (rx)</i>	3	MO; ADD
EQL CALCIUM CITRATE-VIT D3 CPT (RX)	3	MO; ADD
GALZIN 25 MG CAPSULE	3	MO; ADD
GALZIN 50 MG CAPSULE	3	MO; ADD
<i>gnp antacid ex-str 750 mg chew</i>	3	ADD
<i>gnp calcium 500-vit d3 600 tab</i>	3	MO; ADD
<i>gnp calcium 600 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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
<i>gs pediatric electrolyte soln (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>heb pediatric electrolyte soln (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>hm antacid 500 mg chew tablet</i>	3	ADD
<i>hm antacid ex-str 750 mg chew</i>	3	ADD
HM CALCIUM CITRATE-VIT D3 TAB COATED, PETITES (RX)	3	MO; ADD
<i>hydralyte electrolyte soln</i>	3	ADD
<i>hydralyte electrolyte soln</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>kinderlyte electrolyte soln</i>	3	ADD
<i>kinderlyte electrolyte soln fruit punch</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>kinderlyte electrolyte soln grape</i>	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
<i>kinderlyte electrolyte soln lemon lime</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>kinderlyte electrolyte soln lemonade</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>kinderlyte electrolyte soln orange</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>kinderlyte electrolyte soln strawberry</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>kinderlyte electrolyte soln strawberry punch</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<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>k-phos neutral tablet</i>	3	MO; ADD
<i>lactated ringers intravenous</i>	1	MO
<i>liquid calcium 600-vit d3 sfgl softgel,p/f,gluten-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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
LIQUID CALCIUM WITH VITAMIN D SOFTGEL, P/F (RX)	3	ADD
LIQUID CALCIUM-VIT D SOFTGEL	3	MO; ADD
MAG DELAY DR 64 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>mag64 dr 64 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>mag-g 500 mg tablet</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM 200 MG CHEW TAB	3	ADD
<i>magnesium 250 mg tablet p/f, no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM 400 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>magnesium 500 mg tablet p/f, gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM CHLORIDE 64 MG TAB	3	ADD
MAGNESIUM CHLORIDE CRYSTALS USP, HEXAHYDRATE (RX)	3	ADD
MAGNESIUM CHLORIDE EC 64 MG TB (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MAGNESIUM CHLORIDE EC 70 MG TB	3	ADD
<i>magnesium chloride injection</i>	1	
MAGNESIUM CITRATE 100 MG TAB	3	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 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 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>magnesium oxide 400 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 400 mg tablet p/f,soy-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 420 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 500 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 500 mg tablet extra strength (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>magnesium oxide 500 mg tablet p/f,lactose-free (rx)</i>	3	MO; ADD
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	2	
<i>magnesium sulfate in water</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	1	MO
<i>magnesium sulfate injection syringe</i>	1	
MAGOX 400 TABLET (RX)	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MAGOX 400 TABLET GLUTEN FREE (RX)	3	MO; ADD
MAG-OXIDE 200 MG TAB	3	ADD
<i>mag-oxide magnesium 200 mg tab</i>	3	ADD
<i>manganese 1 mg/10 ml vial p/f, suv, outer</i>	3	ADD
MEDI-LYTE TABLET	3	ADD
<i>mgo-400 tablet</i>	3	ADD
NU-MAG 71.5 MG TABLET	3	ADD
<i>oralyte solution</i>	3	MO; ADD
<i>oralyte solution</i>	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
<i>oysco 500-vit d3 200 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OYSTER SHELL 250 MG-D3 3.12 MCG	3	MO; ADD
OYSTER SHELL 250-VIT D3 125 TB (RX)	3	ADD
<i>oyster shell 500 mg-vit d3 5 mcg (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell 500 mg-vit d3 5 mcg inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell 500 mg-vit d3 5 mcg outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell 500-vit d3 200 tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell 500-vit d3 200 tb caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell calcium 500 mg tb (rx)</i>	3	ADD
<i>oyster shell calcium 500 mg tb (rx)</i>	3	ADD
<i>oyster shell calcium 500 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 MG TB (RX)	3	ADD
<i>oyster shell calcium 500 mg tb 500mg elemental (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell calcium 500 mg tb 500mg elemental ca (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>oyster shell calcium 500 mg tb p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>oyster shell calcium-vit d tab p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>pedi electrolyte freezer pop 16'sx62.5ml pops (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pedi electrolyte freezer pop 16x62.1ml pops (rx)</i>	3	ADD; QL (6955 per 30 days)
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN BLUE RASPBERRY	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
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)
<i>pedialyte electrolyte singles 4's (rx)</i>	3	ADD; QL (1659 per 30 days)
<i>pedialyte electrolyte singles inner, apple, rtu (rx)</i>	3	ADD; QL (1400 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pedialyte electrolyte singles inner, cherry, rtu (rx)</i>	3	ADD; QL (1400 per 30 days)
<i>pedialyte electrolyte singles outer, 4's, apple (rx)</i>	3	ADD; QL (1400 per 30 days)
<i>pedialyte electrolyte singles outer, 4's, cherry (rx)</i>	3	ADD; QL (1400 per 30 days)
<i>pedialyte freezer pops</i>	3	ADD; QL (437 per 30 days)
<i>pedialyte freezer pops 16's (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (437 per 30 days)
<i>pedialyte solution (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pedialyte solution inner, grape (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pedialyte solution ready-to-use (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pedialyte solution strawberry, rtu (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pedialyte solution unflavored (rx)</i>	3	MO; ADD; QL (413 per 30 days)
<i>pediatric electrolyte solution (rx)</i>	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
<i>pediatric electrolyte solution (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pediatric electrolyte solution cherry punch (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pediatric electrolyte solution mango,p/f (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pediatric electrolyte solution p/f,fruit (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pediatric electrolyte solution p/f,unflavored (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>pediatric electrolyte solution strawberry,w/zinc (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
PEDIAVANCE LIQUID STICK APPLE, 10X120ML	3	ADD
<i>phos-nak packet inner</i>	3	MO; ADD
<i>phos-nak packet outer</i>	3	MO; ADD
<i>phospha 250 neutral tablet</i>	3	MO; ADD
<i>phosphorous powder packet inner</i>	3	MO; ADD
<i>phosphorous powder packet outer</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>phosphorus-sodium-potassium</i>	3	ADD
<i>potassium acetate</i>	1	
POTASSIUM BROMIDE CRYSTALS (RX)	3	ADD
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	1	MO

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	1	
<i>potassium phosphate m-/d-basic intravenous solution 3 mmol/ml</i>	1	
<i>qc antacid 500 mg chew tablet</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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	MO; ADD
<i>ra hi-cal plus vitamin d tab (rx)</i>	3	ADD
<i>ra magnesium 500 mg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ra pediatric electrolyte soln (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>ra pediatric electrolyte soln strawberry (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>ringer's intravenous</i>	1	
<i>sb oyster shell cal 500 mg tb p/f,s/f, gluten-free (otc)</i>	3	ADD
<i>sb pediatric electrolyte soln (otc)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
SELENIOS ACID 600 MCG/10 ML P/F, MUV, OUTER	3	ADD
SLOW-MAG 71.5 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>sm antacid 500 mg chew tablet</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sm antacid 750 mg chew tablet</i>	3	ADD
<i>sm cal antacid 750 mg chew tab ex-str, orange</i>	3	MO; 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
<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
SM CALCIUM CIT 315-D3 6.5 MCG (RX)	3	MO; ADD
<i>sm magnesium 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm pediatric electrolyte soln (rx)</i>	3	ADD; QL (7000 per 30 days)
<i>smooth antacid 750 mg chew tab</i>	3	ADD
<i>sodium acetate</i>	1	
<i>sodium bicarbonate intravenous</i>	1	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<i>sodium-potassium-phos powder</i>	3	ADD
<i>super calcium 600-vit d3 400 p/f (rx)</i>	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
<i>thermotabs tablet</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
TRALEMENT VIAL OUTER, SUV	3	ADD
TUMS 750 MG CHEWY BITES	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE ASSORTED FRUIT	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE	3	MO; ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE	3	ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE E-X, SINGLE ROLL	3	ADD
TUMS E-X TABLET CHEWABLE 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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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
TUMS TABLET CHEWABLE 3-ROLL, PEPPERMINT	3	ADD
TUMS TABLET CHEWABLE ASSORTED FRUIT	3	ADD
TUMS TABLET CHEWABLE PEPPERMINT	3	ADD
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab</i>	3	MO; ADD
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab assorted berries</i>	3	MO; ADD
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab assorted fruit</i>	3	MO; ADD
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab maximum strength</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>tums ultra 1,000 mg chew tab trop fruit,gluten-f</i>	3	MO; ADD
TUMS X-STR 750 TABLET CHEWABLE ASST'D FRUIT FLAVOR	3	ADD
<i>zinc chloride 10 mg/10 ml vial outer, suv, p/f</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
ZINC SULFATE POWDER USP, MONOHYDRATE (RX)	3	ADD
<b>PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS</b>		
ABATINEX CAPSULE	3	ADD
ACIDOPHILUS 1 MG WAFER	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 11/18/2024.

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
<i>acidophilus capsule n, starch/f (rx)</i>	3	ADD
<i>acidophilus lactbacli 500 mil</i>	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS LACTBACLLI 500 MIL INNER	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS LACTBACLLI 500 MIL OUTER	3	MO; ADD
ACIDOPHILUS PROBIO 500M CFU CP	3	MO; ADD
<i>acidophilus probiotic tablet</i>	3	MO; ADD
<i>acidophilus tablet p/f, no-gluten</i>	3	ADD
AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET	3	ADD
AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET P/F, GLUTEN/F	3	ADD
AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET P/F, BERRY	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET P/F, GLUTEN/F, ORANGE	3	ADD
APPE-CURB CAPSULE	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
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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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
<i>co q-10 100 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
CO-ENZYME Q10 100 MG SOFTGEL	3	ADD
COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK (RX)	3	MO; ADD
COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK KIDS (RX)	3	ADD

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
<i>cvs acidophilus probiotic tab</i>	3	MO; ADD
<i>cvs acidophilus tablet</i>	3	ADD
CVS AIRSHIELD EFFERVESCENT TAB	3	ADD
CVS CHILD OMEGA-3 GUMMY FISH	3	ADD
<i>cvs coenzyme q-10 100 mg sftgl (rx)</i>	3	ADD
CVS FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
<i>cvs fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs fish oil 1,000 mg softgel softgel, natural (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 1,200 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F,LACTOSE-FREE (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs fish oil 1,200 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs fish oil 1,200 mg softgel softgel, odorless (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS FISH OIL 500 MG SOFTGEL (RX)	3	ADD
CYTO-Q 80 MG/10 ML LIQUID (RX)	3	ADD
<i>cyto-q max 100 mg/ml liquid</i>	3	MO; ADD
CYTO-Q T-F 8 MG/ML LIQUID	3	ADD
<i>electrolyte-148</i>	1	
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	1	
<i>electrolyte-a</i>	1	
<i>ensure clear liquid</i>	3	MO; ADD
<i>ensure clear liquid inner, mixed fruit</i>	3	MO; ADD
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC LIQ APPLE, INNER	3	MO; ADD
ENSURE CLEAR THERAPEUTIC LIQ MIXED BERRY, INNER	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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
EXTREME OMEGA-3 MICROGEL SFTGL	3	ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL INNER	3	ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel n, yeast free (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL OUTER	3	ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel p/f (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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fish oil 1,000 mg softgel p/f,no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel p/f,sodium/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel reflux-free, ec (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>fish oil 1,000 mg softgel softgel,p/f,n (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel enteric coated (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel omega-3 (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel omega-3, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fish oil 1,200 mg softgel p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F,LACTOSE-FREE (RX)	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel p/f,no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil 1,200 mg softgel soft gel,odorless,ec (rx)</i>	3	MO; ADD
FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
FISH OIL 1,400 MG SOFTGEL	3	MO; ADD
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	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>fish oil conc 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>fish oil conc 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil conc 1,000 mg softgel softgel, economy sz. (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil concentrate softgel ec softgel,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>fish oil concentrate softgel softgel, ex-strength (rx)</i>	3	ADD
FISH OIL DR 1,000 MG SOFTGEL GLUTEN FREE	3	MO; ADD
FISH OIL DR 1,000 MG SOFTGEL P/F, BURP-LESS	3	MO; ADD
<i>fish oil dr 500 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>fish oil ec 1,000 mg softgel</i>	3	ADD
<i>fish oil ec 1,000 mg softgel</i>	3	ADD
FISH OIL EC 1,000 MG SOFTGEL	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	MO; ADD
FISH OIL GUMMIES	3	ADD
FISH OIL OMEGA-3 SOFTGEL	3	ADD
FISH OIL PEARLS SOFTGEL	3	ADD
FLORAJEN ACIDOPHILUS 20 B CELL	3	MO; ADD
FLORANEX GRANULES PACKET LACTOBACILLUS, INNER	3	MO; ADD
<i>floranex granules packet lactobacillus,outer</i>	3	MO; ADD
<i>floranex tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp fish oil 1,000 mg softgel omega-3 (rx)</i>	3	MO; ADD
GNP FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL MAXIMUM STRENGTH (RX)	3	MO; ADD
<i>gnp fish oil ec 1,000 mg sftgl softgel</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
GNP FISH OIL SOFTGEL	3	ADD
IMMUNE SUPPORT CHEWABLE TABLET	3	ADD
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	1	B/D PA
ISOLYTE S PH 7.4	2	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	2	
ISOLYTE-S	2	
LACTOBACILLUS 1 MILLION CFU TB	3	MO; ADD
LACTOBACILLUS 1 MILLION CFU TB INNER	3	MO; ADD
LACTOBACILLUS 1 MILLION CFU TB OUTER	3	MO; ADD
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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
L-ARGININE 1,000 MG TABLET MAXIMUM STRENGTH	3	MO; ADD
L-ARGININE 500 MG CAPSULE (RX)	3	ADD
L-ARGININE 500 MG CAPSULE D/F,N (RX)	3	ADD
L-ARGININE POWDER	3	ADD
L-ARGININE POWDER USP (RX)	3	ADD
L-CITRULLINE POWDER	3	ADD
L-CITRULLINE POWDER (RX)	3	ADD
LIQ-10 SYRUP	3	ADD
L-ISOLEUCINE CRYSTAL (RX)	3	ADD
L-ISOLEUCINE POWDER USP (RX)	3	ADD
L-VALINE POWDER	3	ADD
LYSINE HCL POWDER (RX)	3	ADD
MOOD FOOD ES CAPSULE	3	ADD
MORE-DOPHILUS 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NEWFLORA 10 BILLION CFU CAP	3	ADD
<i>omega 3 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
OMEGA 3 FISH OIL SOFTGEL	3	ADD
OMEGA MONOPURE 1300 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGA-3 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,000 MG SFGL	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl (rx)</i>	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl p/f,y/f,sod/f (rx)</i>	3	ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl softgel,p/f (rx)</i>	3	ADD
OMEGA-3 FISH OIL 1,000 MG SFGL SOFTGEL,P/F (RX)	3	MO; 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 softgel,p/f,n (rx)</i>	3	MO; 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
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 600 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGAPURE 780 EC SOFTGEL	3	ADD
OMEGAPURE 900 EC SOFTGEL	3	ADD
OMERA CAPSULE	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OVEGA-3 SOFTGEL	3	ADD
PLASMA-LYTE A	2	
PLENAMINE	2	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	1	B/D PA
PROBIOTIC ACIDOPHILUS 250 MILL	3	MO; ADD
PROBIOTIC GOLD ACIDOPHILUS CAP	3	ADD
<i>probiotic softgel p/f,gluten-f,softgel</i>	3	ADD
PURE L-ARGININE HCL 500 MG CAP	3	ADD
PURE L-CITRULLINE 600 MG CAP (RX)	3	ADD
<i>ra fish oil 1,000 mg softgel</i>	3	ADD
<i>ra fish oil 120-180 softgel,natural,p/f (rx)</i>	3	ADD
RA L-ARGININE 1,000 MG TABLET P/F	3	MO; ADD
REJUVAFLOR 10 BILLION CFU CAP	3	ADD
<i>sm fish oil 1,000 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
SM FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>sm fish oil 1,200 mg softgel softgel,p/f,no lac (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>smart heart omega-3 1,000 mg</i>	3	ADD
SUPER DHA GEMS SOFTGEL	3	ADD
<i>sv acidophilus caplet</i>	3	ADD
<i>sv acidophilus tablet caplet, p/f</i>	3	ADD
<i>sv fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
SV FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGL SOFTGEL, GLUTEN-FREE	3	ADD
SV L-ARGININE 500 MG CAPSULE P/F (RX)	3	ADD
SV PROBIOTIC ACIDOPHILUS CPLT	3	ADD
SV SALMON OIL 1,000 MG SOFTGEL	3	ADD
THEROMEGA SOFTGEL	3	ADD
<i>travasol 10 %</i>	1	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	2	B/D PA

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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

<i>ultra omega-3 softgel</i>	3	ADD
------------------------------	---	-----

VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
-----------------------	--	--

50 PLUS ADULT EYE HEALTH SFTGL	3	ADD
--------------------------------	---	-----

<i>a thru z advanced formula tab</i>	3	ADD
--------------------------------------	---	-----

<i>a thru z advanced formula tab gluten-free</i>	3	ADD
--------------------------------------------------	---	-----

<i>a thru z advanced formula tab new (rx)</i>	3	ADD
-----------------------------------------------	---	-----

<i>a thru z advanced formula tab w/ lutein &amp; lycopene (rx)</i>	3	ADD
--------------------------------------------------------------------	---	-----

<i>a thru z advanced formula tab w/lutein &amp; lycopene (rx)</i>	3	ADD
-------------------------------------------------------------------	---	-----

A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	3	ADD
--------------------------------	---	-----

<i>a thru z select 50 plus tablet advanced formula</i>	3	ADD
--------------------------------------------------------	---	-----

A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	3	ADD
--------------------------------	---	-----

<i>a thru z select multivit tab</i>	3	ADD
-------------------------------------	---	-----

<i>a thru z select multivit tab iron-free, 50+ form</i>	3	ADD
---------------------------------------------------------	---	-----

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

<i>a thru z select tablet adults 50+, gluten-f</i>	3	ADD
----------------------------------------------------	---	-----

<i>a thru z select tablet adults 50+, iron-free</i>	3	ADD
-----------------------------------------------------	---	-----

<i>a thru z select tablet new formulation (rx)</i>	3	ADD
----------------------------------------------------	---	-----

<i>a thru z select women's tablet</i>	3	ADD
---------------------------------------	---	-----

A-25 7,500 MCG CAPSULE	3	ADD
------------------------	---	-----

ABC COMPLETE SENIOR WOMEN CPLT	3	ADD
--------------------------------	---	-----

ACCRUFER 30 MG CAPSULE	3	MO; ADD
------------------------	---	---------

ACTIVE FE TABLET LACTOSE, GLUTE N &	3	ADD
-------------------------------------	---	-----

ACTIVNUTRIENT S CHEWABLE TABLET	3	ADD
---------------------------------	---	-----

ADULT MULTI GUMMIES	3	MO; ADD
---------------------	---	---------

ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	3	MO; ADD
----------------------------	---	---------

ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ASSORTED FLAVORS	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F, LACTOSE-F	3	MO; ADD
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F. N	3	MO; ADD
ADULT ONE DAILY GUMMIES	3	ADD
<i>adults 50 plus daily formula</i>	3	ADD
<i>adults 50 plus multivitamin</i>	3	ADD
<i>adults 50 plus multivitamin tb</i>	3	ADD
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

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 GUMMIES	3	ADD
AIRBORNE KIDS GUMMY	3	ADD
AIRBORNE TABLET CHEWABLE P/F, GLUTEN/F, BERRY	3	ADD
AIRBORNE TABLET CHEWABLE P/F, GLUTEN/F, CITRUS	3	ADD
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN TB	3	ADD
ALIVE HAIR, SKIN, NAILS GUMMY	3	ADD
ALIVE IMMUNE HEALTH SOFTGEL	3	ADD
ALIVE MAX POTENCY MULTIVIT LIQ	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY	3	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
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY TB	3	ADD
AMLADEX TABLET	3	ADD
ANTIOXIDANT FORMULA TABLET	3	MO; ADD
ANTIOXIDANT SOFTGEL P/F,SOFTGELS	3	ADD
APETIGEN-PLUS TABLET	3	ADD
AQUA-E CONCENTRATE 75 UNIT/ML	3	ADD
AQUASOL A 100,000 UNIT/2 ML VL SUV	3	MO; 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
ATP IGNITE STICK PACK	3	ADD
B COMPLEX WITH VITAMIN C CAP P/F (RX)	3	MO; ADD
B COMPLEX WITH VITAMIN C TAB	3	ADD
BABY D3 400 UNIT/DROP CONC	3	ADD
BABY DDROPS 400 UNIT/DROP CONC	3	MO; ADD
BABY VIT D3 10 MCG/DROP CONC	3	ADD
BABY VIT D3 400 UNIT/DROP CONC	3	ADD
BABY VIT D3 400 UNIT/DROP CONC	3	ADD
BACMIN CAPLET	3	MO; ADD
BARIATRIC MV-IRON 45 MG CAP	3	ADD
<i>b-complex 100 injection</i>	3	ADD
<i>b-complex plus vitamin c cplt (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>b-complex with c tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>b-complex with vit c caplet (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>b-complex with vit c caplet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>b-complex with vit c tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>b-complex w-vitamin c caplet caplet,p/f (rx)</i>	3	ADD
B-COMPLEX-VITAMIN C TR TABLET	3	MO; ADD
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
<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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg capsule mx-str (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg capsule p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>biotin 5,000 mcg softgel (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
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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>bp vit 3 capsule</i>	3	MO; ADD
<i>c-1,000 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>c-1,000 mg with rose hips cplt caplet</i>	3	MO; ADD
<i>c-1,000 mg with rose hips tab p/f</i>	3	MO; ADD
<i>c-500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>c-500 mg tablet rose hips (rx)</i>	3	ADD
<i>calcidol drops</i>	3	MO; ADD
<i>calcium 600+d plus minerals tb p/f, n (rx)</i>	3	ADD
CALCIUM 600-D3 PLUS CAPLET	3	ADD
CALCIUM 600-D3-MINERALS CHW TB (RX)	3	ADD
<i>calcium 600-vit d3-min chew tb</i>	3	ADD
CALCIUM PHOS-VIT D3 250 MG-500 UNIT GUMMY	3	ADD
CALTRATE 600+D PLUS TABLET	3	ADD
CALTRATE 600-D3-MIN CHEW TAB (RX)	3	ADD
CALTRATE-D3 PLUS MINERAL MINIS	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>centratex capsule</i>	3	MO; ADD
<i>centravites 50 plus tablet</i>	3	MO; ADD
<i>centravites 50 plus tablet inner</i>	3	ADD
<i>centravites 50 plus tablet outer</i>	3	ADD
CENTRAVITES ADULTS TABLET INNER	3	ADD
CENTRAVITES ADULTS TABLET OUTER	3	ADD
<i>centravites tablet</i>	3	ADD
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	3	ADD
<i>centrum adults tablet</i>	3	MO; ADD
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	3	ADD
CENTRUM COMPLETE MULTIVIT TAB (RX)	3	ADD
CENTRUM KIDS CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
CENTRUM MEN'S TABLET	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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 (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET ADULTS 50 + (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET ADULTS 50+ (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER TABLET FOR ADULT 50+ (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S TAB A TO ZINC	3	ADD
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S TAB FOR MEN 50+	3	ADD
CENTRUM SILVER WOMEN TABLET	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CENTRUM SPECIALIST HEART TAB (RX)	3	MO; ADD
CENTRUM ULTRA MEN'S TABLET (RX)	3	ADD
<i>centrum women tablet</i>	3	MO; ADD
<i>cerovite jr tablet chew</i>	3	MO; ADD
<i>cerovite senior tablet</i>	3	MO; ADD
<i>certavite senior tablet</i>	3	MO; ADD
<i>certavite-antioxidant tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET (RX)	3	MO; ADD
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	3	ADD
<i>children multivitamin chew tab</i>	3	MO; ADD
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	3	ADD
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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
<i>children's chew multivitamin</i>	3	ADD
<i>children's chewable vitamin (rx)</i>	3	ADD
<i>children's chewables</i>	3	ADD
<i>children's chewables</i>	3	ADD
CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	3	ADD
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	3	ADD
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB INNER (RX)	3	ADD
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB OUTER (RX)	3	ADD
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM	3	ADD
CHROMAGEN SOFTGEL	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CITRACAL-D3 250 MG GUMMY	3	ADD
<i>companion tablet</i>	3	ADD
COMPLETE MULTIVIT-MINERAL LIQ	3	ADD
CONCEPTIONXR MOTILITY COMBO PK	3	ADD
<i>corvita 150 tablet</i>	3	MO; ADD
<i>corvita tablet</i>	3	MO; ADD
CORVITE 150 TABLET	3	MO; ADD
CORVITE FE TABLET	3	MO; ADD
CULTURELLE KID PROB-MV 5B CHEW	3	ADD
CULTURELLE KID PRO-MV 2.5B CHW	3	ADD
CULTURELLE KID PRO-MV-LUT GMMY	3	ADD
CULTURELLE PROBIOTIC-MV GUMMY	3	ADD
CVS ADULT 50 PLUS EYE HEALTH SOFTGEL	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS AIRSHIELD CHEWABLE TABLET	3	ADD
<i>cvs b-complex-vit c caplet (rx)</i>	3	ADD
CVS BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL SFTGL,..P/F,GLU-F	3	MO; ADD
<i>cvs 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
CVS CHILD CHEW VITAMN COMPLETE	3	ADD
CVS CHILD GUMMY DINOS GUMMIES	3	ADD
CVS DAILY GUMMIES	3	ADD
CVS DAILY GUMMIES COMPLETE ADULT VIT	3	ADD
CVS DAILY GUMMIES P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
CVS EYE HEALTH AND LUTEIN TAB	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs folic acid 800 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs iron 27 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs iron 65 mg tablet p/f,lactose/free (rx)</i>	3	ADD
CVS KIDS' MULTIVITAMIN GUMMY	3	ADD
CVS MENS 50 PLUS ADVANCED TAB	3	ADD
CVS MEN'S DAILY GUMMIES P/F	3	ADD
<i>cvs one daily essential tablet</i>	3	ADD
CVS ONE DAILY MEN'S HEALTH TAB	3	ADD
CVS ONE DAILY MEN'S HEALTH TAB	3	ADD
CVS ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS	3	ADD
CVS ONE DAILY WOMEN'S FORMULA	3	ADD
<i>cvs slow release iron 45 mg tb (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB (RX)	3	ADD
<i>cvs slow release iron tablet (otc)</i>	3	ADD
<i>cvs spectravite adult 50 plus (rx)</i>	3	ADD
CVS SPECTRAVITE ADULT TAB CHEW	3	ADD
<i>cvs spectravite adult tablet</i>	3	ADD
<i>cvs spectravite advanced tab</i>	3	ADD
CVS SPECTRAVITE MEN 50PLUS TAB	3	ADD
<i>cvs spectravite men's tablet</i>	3	ADD
<i>cvs spectravite women 50 plus</i>	3	ADD
<i>cvs spectravite women tablet</i>	3	ADD
<i>cvs stress formula-zinc tab (otc)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs super b-complex-vit c cplt (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VISION HEALTH SOFTGEL	3	ADD
<i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vit d3 1,000 unit gummies p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VIT E OIL 45 MG/0.25 ML	3	ADD
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin c 1,000 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VITAMIN C 1,000 MG FIZZY PKT	3	ADD
<i>cvs vitamin c 250 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin c 500 mg caplet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 10 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 125 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg gummies (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>cvs vitamin d3 250 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin d3 50 mcg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	3	MO; ADD
CVS WOMEN'S DAILY GUMMIES P/F,GUMMIES	3	ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner, mov</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner,suv</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl mdv,inner</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl mov, inner</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl mov, outer</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 outer</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer, mov</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer, suv, p/f</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, mov</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,mov</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 11/18/2024.

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,muv</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml inner, 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,muv</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, inner</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 mov, outer</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer, mov</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer,mdv</i>	3	MO; ADD
<i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer,muv</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 LIQUID 25 MCG DROP	3	ADD
<i>d3-2000 unit softgel</i>	3	ADD
D3-50 50,000 UNIT CAPSULE D/F, GLUTEN FREE (RX)	3	MO; ADD
D3-50 50,000 UNIT CAPSULE D/F, P/F (RX)	3	MO; ADD
<i>d3-5000 unit softgel</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DAILY MULTIVITAMIN CAPSULE	3	ADD
<i>daily multivitamin with d3 tab</i>	3	ADD
<i>daily value multivitamin tab</i>	3	ADD
<i>daily vite tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>daily vite with iron tablet</i>	3	ADD
<i>daily-vite tablet</i>	3	MO; ADD
DAILY-VITE TABLET	3	MO; ADD
D-BIOTIN POWDER USP (RX)	3	ADD
DDROPS 1,000 UNIT/DROP	3	ADD
DDROPS 2,000 UNIT/DROP	3	ADD
DECARA 25,000 UNIT VEGICAP	3	MO; ADD
<i>decara 50,000 unit softgel</i>	3	MO; ADD
DECARA K 1,250-200 MCG SOFTGEL	3	MO; ADD
DECUBI VITE CAPSULE	3	ADD
DEKAS BARIATRIC CHEW TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DEKAS ESSENTIAL CAPSULE	3	MO; ADD
DEKAS ESSENTIAL LIQUID	3	ADD
DEKAS PLUS CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
DEKAS PLUS LIQUID	3	MO; ADD
DEKAS PLUS OCEANCAPS	3	MO; ADD
DEKAS PLUS SOFTGEL	3	MO; ADD
<i>delta d3 400 unit tablet y/f,gluten/f</i>	3	ADD
DERMACINRX DAVIMET CHEW TABLET	3	ADD
DERMACINRX DOTREMIN TABLET	3	ADD
DERMACINRX FOLDITAM TABLET	3	ADD
DERMACINRX FOLIFLEX CAPLET	3	ADD
DERMACINRX FOLITIN-Z 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DERMACINRX FOLIXAPURE TABLET	3	ADD
DERMACINRX FOLTAMIN TABLET	3	ADD
DERMACINRX FOLTREXYL TABLET	3	ADD
DERMACINRX MULTITAM CAPLET	3	ADD
DERMACINRX RIBOTIN-E CAPLET	3	ADD
DERMACINRX VENEXA CAPLET	3	ADD
DERMACINRX VENEXA FE CAPLET	3	ADD
DERMACINRX VENTRIXYL CAPLET	3	ADD
DERMACINRX VENTRIXYL FE CAPLET	3	ADD
DERMACINRX VITRAMYN CAPLET	3	ADD
DERMACINRX VITRANOL CAPLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DERMACINRX VITRANOL FE CAPLET	3	ADD
DERMACINRX VITREXATE CAPLET	3	ADD
DERMACINRX VITREXATE FE 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
<i>dialyvite 800 tablet</i>	3	MO; ADD
DIALYVITE 800-ULTRA D TABLET	3	MO; ADD
DIALYVITE SUPREME D TABLET	3	MO; ADD
<i>dialyvite 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
DIALYVITE VIT D3 50,000 UNIT	3	MO; ADD
<i>dialyvite vitamin d 5,000 unit</i>	3	ADD
<i>dialyvite with zinc tablet</i>	3	MO; ADD
<i>dodex 1,000 mcg/ml vial mvv, inner</i>	3	ADD
<i>dodex 1,000 mcg/ml vial mvv, outer</i>	3	ADD
<i>dodex 10,000 mcg/10 ml vial mvv</i>	3	ADD
<i>dodex 30,000 mcg/30 ml vial mvv</i>	3	ADD
DRY EYE FORMULA CAPSULE	3	ADD
<i>d-vi-sol 10 mcg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>e-200 unit softgel</i>	3	ADD
<i>e-400 c-500 &amp; beta caro tab</i>	3	ADD
ELDERTONIC LIQUID	3	ADD
EMERGEN-C 1,000 MG PACKET	3	ADD
EMERGEN-C 1,000 MG PACKET RASPBERRY FLAVOR	3	ADD

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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
<i>eq complete multivitamin tab gluten-free</i>	3	ADD
<i>eq complete mv adlt 50 plus tb</i>	3	ADD
EQ ONE DAILY MEN'S 50 PLUS TAB	3	ADD
EQ ONE DAILY MEN'S TABLET GLUTEN FREE	3	ADD
EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB	3	ADD
EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET GLUTEN FREE	3	ADD
<i>eq slow release iron 45 mg tab 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
EQ VISION FORMULA TABLET P/F, GLUTEN-FREE	3	ADD
<i>eq eye health plus lutein tab</i>	3	ADD
<i>eq iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
EQL ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS	3	ADD
<i>eq slow release iron 50 mg tb</i>	3	ADD
EQL STRESS B-COMPLEX TABLET	3	ADD
<i>eq super b complex tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eq vit c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eq vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>eq vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>eq vitamin c 1,000 mg tablet p/f, lactose free (rx)</i>	3	ADD
<i>eq vitamin d3 1,000 unit sfgl softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>eq vitamin d3 2,000 unit sfgl softgel</i>	3	MO; ADD
<i>eq vitamin d3 400 unit sftgl (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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>eql vitamin d3 5,000 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
<i>essentia tablet</i>	3	ADD
ESSENTIAL MAN 50+ TABLET	3	MO; ADD
ESSENTIAL MAN TABLET	3	ADD
ESSENTIAL WOMAN 50+ TABLET	3	MO; ADD
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	3	ADD
EYE MULTIVITAMIN TABLET	3	ADD
<i>ezfe 200 capsule</i>	3	MO; ADD
FA-8 CAPSULES	3	ADD
FEOSOL 45 MG CAPLET CPLT,NATURAL RELEASE (RX)	3	ADD
<i>feosol 65 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL SDV, P/F	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL SDV, P/F, 10'S	3	MO; ADD
<i>ferate 27 mg tablet</i>	3	MO; ADD
FERGON 27 MG TABLET	3	MO; ADD
FER-IN-SOL 15 MG/ML DROPS	3	MO; ADD
FERIVA 21-7 TABLET	3	MO; ADD
FERIVA FA CAPSULE	3	ADD
<i>ferosul 325 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferosul 325 mg tablet f/c,blister pack (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrex 150 capsule</i>	3	MO; ADD
<i>ferrex 150 capsule outer, u-d</i>	3	MO; ADD
<i>ferrex 150 capsule u-d,10x10</i>	3	MO; ADD
<i>ferric x-150 capsule</i>	3	ADD
<i>ferro-time 325 mg tablet f/c, green</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate 240 mg tab (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate 240 mg tab 240mg=27mg elemental (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<i>ferrous gluconate 324 mg tab (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous gluconate 324 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>ferrous sulf 15 mg (iron)/ml 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 300 mg/6.8 ml soln inner (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulf 300 mg/6.8 ml soln outer (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

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup 100's, u-d</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup inner</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup outer</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet f/c, green (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet f/c, red (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet u-d, 10x10, film coat (rx)</i>	3	ADD
<b>FERROUS SULFATE DRIED POWDER USP (RX)</b>	3	ADD
<i>fish oil 1,200 mg</i>	3	ADD
<b>FLINTSTONES + CALCIUM TAB</b>	3	ADD
<b>FLINTSTONES COMPLETE CHEW TAB</b>	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES	3	MO; ADD
FLINTSTONES COMPLETE TABLET	3	ADD
FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES	3	ADD
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES	3	ADD
FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB	3	ADD
FLINTSTONES TAB CHEW	3	ADD
FLINTSTONES TABLET CHEWABLE	3	ADD
FLINTSTONES WITH IRON TAB CHEW	3	ADD
FLORIVA 0.25 MG CHEW TABLET	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
FLORIVA 0.25 MG/ML DROPS	3	MO; ADD
FLORIVA 0.5 MG CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
FLORIVA 1 MG CHEWABLE TABLET	3	MO; ADD
FLORIVA PLUS 0.25 MG/ML DROP	3	MO; ADD
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	MO
<i>fluoride 0.25 mg tablet chew cherry flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>fluoride 0.5 mg tablet chew grape flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 0.4 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 0.8 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1 mg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1,000 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>folic acid 1,000 mcg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 1,000 mcg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
FOLIC ACID 20 MG CAPSULE	3	ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet p/f, lactose free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 400 mcg tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 5 mg/ml vial mdv</i>	3	MO; ADD
<i>folic acid 50 mg/10 ml vial muv</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

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
<i>folivane-f capsule</i>	3	MO; ADD
FOLTRATE TABLET (RX)	3	MO; ADD
FREEDAVITE TABLET	3	ADD
<i>full spectrum b with vit c tab</i>	3	MO; ADD
FUSION PLUS CAPSULE	3	MO; ADD
GENADEK 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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp calcium 600-d3-minerals tb p/f, gluten-f (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>gnp hair, skin and nails tab vitamins &amp; minerals</i>	3	ADD
<i>gnp healthy eyes tablet advanced antioxidant (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	3	ADD
<i>gnp iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp mega multi for men tablet high potency (rx)</i>	3	ADD
<i>gnp mega multi for women tab</i>	3	ADD
<i>gnp therapeutic-m caplet p/f, caplet</i>	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	MO; ADD
<i>gnp vitamin a 10,000 unit sfgl d/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>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
<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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>gummi bear multivit tab chew multivit &amp; minerals (rx)</i>	3	ADD
HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	3	ADD
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 SUPERVISION2 SFGL	3	MO; ADD
HEALTHY EYES TABLET (RX)	3	ADD
<i>healthy eyes tablet advanced antioxidant (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HEMATEX 100 MG/5 ML LIQUID	3	ADD
<i>hematogen fa softgel</i>	3	ADD
HEMOCYTE PLUS CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
HI-D PEDIATRIC DROP	3	ADD
<i>high potency multivitamin tab</i>	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 HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	3	ADD
HM ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS	3	ADD
<i>hm slow release iron tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>hm vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>honey bears chewable tablet</i>	3	ADD
<i>honey bears-iron-zinc tab chew</i>	3	ADD
<i>hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
HYDROXOCOBAL AMIN POWDER USP (RX)	3	ADD
ICAR 15 MG/1.25 ML SUSPENSION	3	MO; ADD
<i>infant iron 15 mg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>infant vitamin a-c-d drop</i>	3	MO; ADD
<i>infant vitamin d 10 mcg/ml drp (rx)</i>	3	MO; ADD
INFANT-TODDLER MULTIVIT DROP	3	ADD
<i>infant-toddler multivit-iron</i>	3	ADD
<i>infant-toddler vit a-c-d drop</i>	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 BULK VIAL P/F, MUV	3	MO; ADD
INFUVITE ADULT VIAL 2X5ML, SUV	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
INFUVITE ADULT VIAL P/F, SDV, OUTER	3	MO; ADD
INFUVITE PEDIATRIC BULK VIAL MUV	3	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
INTEGRA PLUS CAPSULE	3	MO; ADD
<i>iron 27 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 45 mg tablet</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>iron 65 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>iron 65 mg tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>iron chews 15 mg tablet chew</i>	3	MO; ADD
IRONUP 15 MG/0.5 ML DROPS	3	MO; ADD
IROSPAN 24/6 TABLET	3	MO; ADD
IS-D-10,000 250 MCG SOFTGEL	3	ADD
<i>i-vite tablet</i>	3	MO; ADD
JUST 4 KIDZ MV-PROBIOTIC GUMMY	3	ADD
KIDS MULTIVIT-MINERALS GUMMIES	3	ADD
<i>kids vitamin d3 tab chew</i>	3	ADD
K-PAX IMMUNE SUPPORT TABLET 30 PACKETS OF 4 TABS	3	ADD
K-PAX IMMUNE SUPPORT TABLET 60 PACKETS OF 4 TABS	3	ADD
<i>lysiplex plus liquid</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MACULAR HEALTH FORMULA CAPSULE	3	ADD
<i>macuvite eye care tablet</i>	3	MO; ADD
MAXIMIN PACK	3	ADD
MAXIMUM D3 325 MCG(13,000 UNIT	3	MO; ADD
MEGA BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	3	ADD
<i>mega multi for men tablet high potency (rx)</i>	3	ADD
<i>mega multi for women tab</i>	3	ADD
MEGAVITE CAPLET	3	ADD
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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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
MEN'S PACK	3	ADD
MERIBIN 5 MG CAPSULE	3	MO; ADD
<i>milltrium senior multivit tab</i>	3	MO; ADD
MONOCAPS TABLET (OTC)	3	ADD
MONOCAPS TABLET (RX)	3	ADD
MONOFERRIC 1,000 MG/10 ML VIAL	3	MO; ADD
<i>multi complete-iron tablet</i>	3	MO; ADD
MULTI FOR HER 50 PLUS SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
MULTI FOR HER SOFTGEL (RX)	3	ADD
<i>multi for her tablet</i>	3	ADD
<i>multiple vitamin tablet</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>multiple vitamin with iron tab (rx)</i>	3	ADD
<i>multiple vitamin w-minerals tb</i>	3	MO; ADD
<i>multiple vitamins tablet</i>	3	ADD
<i>multiple vitamins tablet one daily</i>	3	ADD
<i>multiple vitamins tablet p/f,n,lactose fre</i>	3	ADD
<i>multivit with iron tab chew</i>	3	ADD
MULTIVITAMIN GUMMIES	3	ADD
MULTI-VITAMIN GUMMIES	3	ADD
MULTIVITAMIN LIQUID	3	ADD
<i>multivitamin tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
MULTIVITAMIN WITH MINERALS TAB	3	MO; ADD
<i>multivitamin women 50 plus tab</i>	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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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	MO; ADD
<i>multivit-fluor 0.25 mg tab chw (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>multivit-fluor 0.25 mg tab chw grape flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew grape flavor (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>multivit-fluor 0.5 mg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>multivit-fluoride 1 mg tab chw (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>multivit-fluor-iron 0.25 mg/ml (rx)</i>	3	MO; ADD
MVW ADEK GUMMIES PLUS ZINC	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORM MULTIVI SFGL	3	ADD
MVW COMPLETE FORM MULTIVI SFGL	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
MVW COMPLETE FORM MULTIVIT CHW	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D3000 CHEW	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D3000 SFGL	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D5000 CHEW	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL D5000 SFGL	3	MO; ADD
MVW COMPLETE FORMUL PEDIA DRPS	3	MO; ADD
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
<i>nephplex rx tablet</i>	3	MO; ADD
NEPHRO VITAMINS 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
NEPHRON FA TABLET	3	MO; ADD
<i>nephronex liquid</i>	3	MO; ADD
NEPHRO-VITE TABLET (RX)	3	MO; ADD
NICOMIDE TABLET	3	MO; ADD
<i>nicotinamide tablet</i>	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
NOVAMV MULTIVITAMIN DROP	3	ADD
NUFERA TABLET	3	ADD
NU-IRON 150 CAPSULE	3	MO; ADD
OCULAR VITAMINS TABLET	3	ADD
<i>ocutabs tablet (rx)</i>	3	ADD
OCUVITE ADULT 50 PLUS SOFTGEL	3	MO; ADD
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
OCUVITE EYE PLUS MULTI TABLET	3	ADD
OCUVITE LUTEIN-ZEAXANTHIN CAP	3	ADD
OCUVITE WITH LUTEIN TABLET	3	MO; ADD
<i>omnicap tablet</i>	3	ADD
ONCOVITE TABLET	3	MO; ADD
<i>one daily complete tablet</i>	3	ADD
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	3	ADD
<i>one daily essential tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>one daily for men 50+ adv tab</i>	3	ADD
<i>one daily for men tablet</i>	3	MO; ADD
<i>one daily for women 50+ adv tb w/ginkgo,50+advanced</i>	3	MO; ADD
<i>one daily for women tablet</i>	3	ADD
ONE DAILY HEALTHY WEIGHT TAB	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>one daily maximum tablet (rx)</i>	3	ADD
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3 TAB	3	ADD
<i>one daily men's 50+ tablet</i>	3	ADD
ONE DAILY MEN'S HEALTH TABLET	3	MO; ADD
ONE DAILY MEN'S MULTIVITAMIN	3	ADD
<i>one daily multivitamin tab (rx)</i>	3	ADD
<i>one daily multivitamin tablet</i>	3	ADD
ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET	3	ADD
<i>one daily multivitamin-iron tb</i>	3	ADD
<i>one daily multivitamin-mineral tab</i>	3	MO; ADD
<i>one daily tablet</i>	3	ADD
ONE DAILY TABLET	3	ADD
<i>one daily with iron-calcium tb</i>	3	ADD
<i>one daily with minerals tablet (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB Y/F,P/F	3	MO; ADD
<i>one daily womens 50 plus tab (rx)</i>	3	ADD
ONE DAILY WOMEN'S 50+ TABLET WOMEN'S HEALTH 50+	3	MO; ADD
ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN	3	ADD
ONE-A-DAY ENERGY TABLET	3	ADD
<i>one-a-day essential tablet (rx)</i>	3	ADD
ONE-A-DAY KID'S GUMMIES	3	ADD
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES GUMMY	3	MO; ADD
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA TB	3	MO; ADD
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS TABLET	3	MO; ADD
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS TABLET	3	ADD
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE TAB	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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
<i>one-a-day teen advantage tab</i>	3	ADD
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES (RX)	3	ADD
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES	3	MO; ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES GUMMIES	3	ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	3	ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	3	ADD
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR GMMY	3	ADD
ONE-A-DAY WEIGHTSMART TABLET	3	ADD
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES	3	ADD

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	ADD
<i>one-daily multi-vitamin tab (rx)</i>	3	ADD
ONE-DAILY MULTI-VIT-IRON TAB	3	MO; ADD
<i>optimal d3 50,000 unit capsule</i>	3	ADD
OPTIMAL D3 M 14,000 UNIT CAP	3	ADD
OPTIMAL D3M 350 MCG(14,000 UNIT	3	ADD
OPURITY MULTIVITAMIN TAB CHEW	3	ADD
OSTEO-VIT3 1,250 MCG/3 ML DROP	3	ADD
PARVLEX 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>pedia d-vite 400 unit/ml liq</i>	3	ADD
<i>pedia iron 15 mg/ml drop</i>	3	ADD
PEDIA POLY-VITE DROPS	3	ADD
PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP	3	ADD
PEDIA TRI-VITE DROP	3	ADD
<i>pediatric d-vite 10 mcg/ml liq</i>	3	MO; ADD
<i>pediatric fe-vite 15 mg/ml drp</i>	3	ADD
PEDIATRIC POLY-VITE DROPS	3	ADD
PEDIATRIC POLY-VITE-IRON DROPS	3	ADD
PEDIATRIC TRI-VITE DROPS	3	ADD
<i>pharm chc ped iron 15 mg/ml drp (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>pharm choice d3 400 unit/ml (rx)</i>	3	MO; ADD
PHARM CHOICE POLY-VIT-IRON DRP	3	ADD
PHARMACIST CHOICE PED POLY-VIT	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PHARMACIST CHOICE PED TRI-VIT	3	ADD
<i>phlexy-vits powder packet</i>	3	MO; ADD
PHYTOMULTI TABLET	3	ADD
<i>poly-iron 150 mg capsule</i>	3	MO; ADD
<i>polysaccharide iron 150 mg cap (rx)</i>	3	MO; ADD
POLY-VI-FLOR 0.25 MG DROP	3	ADD
<i>poly-vi-sol 0.5 ml oral syring</i>	3	ADD
POLY-VI-SOL 1 ML ENFIT SYRINGE	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	MO; ADD
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	1	MO
PRESERVISION AREDS 2 CHEW TAB	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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
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
<i>proslight tablet</i>	3	MO; ADD
PROTECT CARDIO AF SOFTGEL	3	ADD
PROTECT IRON LIQUID	3	ADD
PROTECT PLUS SO SOFTGEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
PROXEED PLUS POWDER PACKET	3	MO; ADD
<i>pub multivitamin 50 plus tab</i>	3	ADD
<i>purevit dualfe plus capsule</i>	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 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 0.125 MG GUMMIES	3	ADD
QUFLORA FE 0.25 MG CHEW TABLET	3	ADD
QUFLORA FE PED 0.25 MG/ML DROP	3	ADD
QUFLORA PED 0.25 MG CHEW TAB	3	ADD
QUFLORA PED 0.25 MG/ML DROP	3	ADD
QUFLORA PED 0.5 MG CHEW 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
QUFLORA PED 0.5 MG/ML DROP	3	ADD
QUFLORA PED 1 MG CHEW TAB	3	ADD
QUIN B STRONG WITH C & ZINC TB	3	ADD
QUINTABS TABLET	3	ADD
<i>quintabs-m iron free tablet</i>	3	ADD
QUINTABS-M TABLET (OTC)	3	ADD
QUINTABS-M TABLET (RX)	3	ADD
<i>ra b-complex with vit c tab sa (rx)</i>	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 CHILD COMPLETE CHEWABLE VIT	3	ADD
RA ESSENCE C 1,000 MG PACKET ORANGE FLAVOR (RX)	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RA ESSENCE C 1,000 MG PACKET RASPBERRY FLAVOR (RX)	3	ADD
RA ESSENCE C 1,000 MG PACKET TANGERINE FLAVOR (RX)	3	ADD
<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
<i>ra high potency iron 27 mg tab</i>	3	ADD
RA HIGH POTENCY IRON 27 MG TAB	3	ADD
RA MEN'S ONE DAILY TABLET P/F	3	ADD
<i>ra one daily maximum tablet (rx)</i>	3	ADD
RA ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3	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
<i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl p/f,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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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 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
<i>ra vitamin e 268 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>renal caps softgel</i>	3	MO; ADD
RENAL VITAMIN TABLET	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
RENAPLEX TABLET	3	ADD
RENAPLEX-D TABLET	3	ADD
<i>rena-vite rx tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>rena-vite tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>replesta 50,000 units wafer</i>	3	MO; ADD
REPLESTA NX 14,000 UNITS WAFER	3	MO; ADD
<i>risacal-d tablet</i>	3	MO; ADD
<i>senior tabs</i>	3	ADD
<i>sentry senior multivitamin tab sodium/f, yeast/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sentry senior tablet</i>	3	ADD
<i>sentry senior tablet inner</i>	3	ADD
<i>sentry senior tablet outer</i>	3	ADD
<i>sentry tablet</i>	3	ADD
<i>se-tan plus capsule</i>	3	MO; ADD
SLOW FE 45 MG TABLET	3	MO; ADD
<i>slow release iron 160 mg tab p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET (RX)	3	ADD
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>slow release iron 45 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
SLOW RELEASE IRON TABLET	3	MO; ADD
<i>slow release iron tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sm b complex with vit c tablet (rx)</i>	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
<i>sm complete multi-vit-mineral advanced formula</i>	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
<i>sm hair, skin and nails caplet caplet, gluten-free (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	3	ADD
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB (RX)	3	MO; ADD
<i>sm super vitamin b complex tab (rx)</i>	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	MO; 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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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 50 mcg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>sodium fluoride 0.25 (0.55) mg (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg) (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
SOLO TABLET	3	ADD
<i>soothing pureway-c 500 mg tab</i>	3	ADD
<i>stress b with zinc tablet</i>	3	ADD
STRESS B-COMPLEX TABLET (RX)	3	MO; ADD
<i>stress formula tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>stress formula with iron tab</i>	3	MO; ADD
<i>stress formula with zinc tab (rx)</i>	3	MO; ADD
STROVITE ONE CAPLET	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>super antioxidant softgel sftgl,n,p/f</i>	3	ADD
<i>super b complex tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>super b complex tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>super b complex-vit c caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>super b with vit c capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
SUPER DAILY D3 1,000 UNIT/DROP	3	MO; ADD
SUPER DAILY D3 2,000 UNIT/DROP	3	ADD
SUPER MULTIPLE-LOW IRON TABLET	3	ADD
<i>super thera vite m tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
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 SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB (RX)	3	MO; ADD
<i>sv vit c-rose hips 1,000 mg tb p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab p/f, gluten free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl softgel,gluten-f,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 25 mcg(1000 unit) (rx)</i>	3	ADD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel softgel , p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin e 180 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>sv vitamin e 450 mg softgel water soluble, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>sv vitamin e 670 mg softgel p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	3	ADD
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	3	MO; ADD
<i>tab-a-vite tablet</i>	3	MO; ADD
TANDEM PLUS CAPSULE	3	MO; ADD
<i>taron forte capsule</i>	3	MO; ADD
<i>thera tablet</i>	3	ADD
<i>thera-d 2000 tablet</i>	3	ADD
THERA-D 4000 TABLET	3	ADD
<i>thera-d rapid repletion tablet</i>	3	ADD
THERAGRAN-M PREMIER 50+ CAPLET	3	ADD
<i>thera-m caplet</i>	3	ADD
THERAMILL FORTE CAPSULE	3	ADD
<i>therapeutic-m caplet</i>	3	ADD
<i>therapeutic-m tablet</i>	3	MO; ADD
<i>thera-tabs caplet</i>	3	MO; ADD
<i>theratrum complete 50 plus tab</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>theratrum complete 50 plus tab</i>	3	MO; ADD
<i>theratrum complete tablet mfg error (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>theratrum complete tablet w/lutein, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>therems multivitamin tablet</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial 25's,mdv,outer</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial inner, mov</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial inner,mov</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
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial outer, mov</i>	3	MO; ADD
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial outer,mov</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>tricon capsule</i>	3	MO; ADD
TRIFERIC 272 MG POWDER PACKET OUTER	3	ADD
<i>trigels-f forte softgel</i>	3	MO; ADD
<i>triphrocaps softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
TRI-VI-SOL DROPS	3	MO; ADD
<i>tri-vite-fluoride 0.25 mg/ml</i>	3	MO; ADD
<i>tri-vite-fluoride 0.5 mg/ml</i>	3	MO; ADD
TROPICAL LIQUID NUTRITION	3	ADD
UDAMIN SP CAPLET (RX)	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	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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VENOFER 100 MG/5 ML VIAL SUV,P/F, OUTER	3	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
VISION FORMULA TABLET	3	ADD
VISION FORMULA WITH LUTEIN TAB	3	ADD
VISION HEALTH SOFTGEL	3	ADD
VISION PLUS LUTEIN VITAMIN TAB	3	ADD
VISTA ADVANCED AREDS2 SOFTGEL	3	ADD
VISTA ADVANCED DRY EYE SOFTGEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vit a,c,d-fluoride 0.25 mg/ml</i>	3	MO; ADD
<i>vit a,c,d-fluoride 0.5 mg/ml</i>	3	MO; 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
VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	3	MO; ADD
VITABEX PLUS CAPSULE	3	ADD
<i>vitajoy daily d gummy</i>	3	MO; ADD
VITAL-D RX TABLET	3	MO; ADD
<i>vitalee tablet</i>	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitalets tablet chewable child, orange (rx)</i>	3	ADD
<i>vitalets tablet chewable child, raspberry</i>	3	ADD
<i>vitalets tablet chewable child, unflavored</i>	3	ADD
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL (RX)	3	ADD
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL INNER (RX)	3	ADD
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL OUTER (RX)	3	ADD
<i>vitamin a 10,000 unit softgel p/f,n,softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin a 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
<i>vitamin b complex-vit c caplet (rx)</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin b complex-vitamin c tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin b complex-vitamin c tb (rx)</i>	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
<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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<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
<i>vitamin b-complex &amp; c p/f, caplet</i>	3	ADD
<i>vitamin b-complex &amp; c caplet p/f,lactose free</i>	3	ADD
<i>vitamin b-complex &amp; c caplet p/f,no lactose,cplt</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 1,000 mg caplet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg caplet n,caplet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet n,caplet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 1,000 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<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
<i>vitamin c 250 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet inner (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet outer (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 250 mg tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet p/f,gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet u-d (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin c 500 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet timed release (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) capsule</i>	3	ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) outer</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d2 1.25 mg(50,000 unit) softgel</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET	3	ADD
<i>vitamin d2 400 unit tablet y/f,gluten/f (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit adult gummies</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit gluten-free, gummies (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummy (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 1,000 unit 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
VITAMIN D3 1,000 UNIT 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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-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
<i>vitamin d3 1,250 mcg capsule (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 1.25 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10 mcg tablet inner</i>	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 10 mcg tablet outer</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml drop (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid w/dropper (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE (RX)	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel softgel (otc)</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
<i>vitamin d3 125 mcg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 125 mcg tablet</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

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 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 soy-free,softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel ultra-str,softgel (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet p/f, gluten-free (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet super strength (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet w/ calcium carbonate (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg gummy (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet bonus 10 tb,max str (rx)</i>	3	MO; ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<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	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew orange, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew vanilla</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet (rx)</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin d3 400 unit 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 outer</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit tablet p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	3	ADD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule gluten-free (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule veggie caps (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel softgel, no lactose (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet outer</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet p/f, gluten-free</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet y/f, gluten/f</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops p/f, yeast-free</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin d3 50 mcg capsule</i>	3	MO; ADD

<b>Nombre de la droga</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones, restricciones o límite de uso necesarios</b>
<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 COMPLETE CAPLET	3	ADD
<i>vitamin d-400 tablet easy to swallow (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 1,000 unit p/f, blend, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 1,000 unit softgel p/f, gluten-f, sftgel (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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
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
<i>vitamin e 180 mg softgel inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg softgel outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg(400 unit) sfgl (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg(400 unit) sfgl inner (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 180 mg(400 unit) sfgl outer (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 200 unit softgel p/f, gluten-f, sftgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 200 unit softgel p/f, no lactose (rx)</i>	3	ADD
VITAMIN E 200 UNIT TABLET	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
VITAMIN E 200 UNIT TABLET S/F,L/F,Y/F, GLUTEN/F	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit capsule softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel economy size (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel p/f, softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel p/f, softgel (rx)</i>	3	ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel softgel, p/f (rx)</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e 400 unit softgel softgel, 100% natural (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E 400 UNIT TABLET S/F,L/F,Y/F, GLUTEN/F	3	ADD
VITAMIN E 400 UNITS TABLET	3	ADD
<i>vitamin e 45 mg 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 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>vitamin e 450 mg softgel (rx)</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E 450 MG SOFTGEL (RX)	3	MO; ADD
<i>vitamin e 90 mg softgel</i>	3	MO; ADD
VITAMIN E NATURAL OIL DROPS	3	ADD
VITAMIN E OIL DROPS	3	ADD
VITAMIN E OIL DROPS	3	ADD
<i>vitamin e-200 200 unit softgel inner</i>	3	MO; ADD
<i>vitamin e-200 200 unit softgel outer</i>	3	MO; ADD
VITAMINS A-D-E TABLET	3	ADD
<i>vitatrum tablet</i>	3	ADD
VITREXYL CAPLET	3	ADD
VITREXYL PLUS IRON CAPLET	3	ADD
VITRUM 50 PLUS SENIOR TABLET	3	ADD
<i>vitrum senior tablet f/f,p/f (rx)</i>	3	ADD
<i>wee care 15 mg/1.25 ml susp</i>	3	MO; ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>weekly-d 1,250 mcg softgel</i>	3	MO; ADD
<i>wescap-pn dha</i>	1	MO
<i>wescaps capsule</i>	3	MO; ADD
<i>westab one tablet</i>	3	MO; ADD
WOMEN MULTIVIT W-BIOTIN GUMMY	3	ADD
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED MV TB	3	ADD
WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA (RX)	3	ADD
WOMEN'S 50 PLUS MULTIVIT TAB	3	ADD
<i>women's daily formula caplet</i>	3	ADD
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET (RX)	3	MO; ADD
WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET	3	ADD
WOMEN'S DAILY PACK	3	ADD
WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F, LACTOSE-F	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F,N,FRUIT	3	ADD
WOMEN'S MULTIVITAMIN TABLET	3	ADD
XCELLENT E SOFTGEL	3	ADD

Nombre de la droga	Lo que le costará el medicamento (Nivel)	Acciones, restricciones o límite de uso necesarios
<i>yelets tablet</i>	3	ADD
ZELDANA 159 MG CAPSULE	3	ADD
<i>zinc 15 mg lozenges</i>	3	ADD
ZINC LOZENGES	3	ADD
ZOO FRIENDS TABLET CHEWABLE (RX)	3	ADD

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

## Index

<b>1</b>			
12 hour decongestant .....	152		
12 hour nasal decongest (pse)			
.....	152		
<b>2</b>			
24hr allergy relief.....	152		
24hr allergy-congestion relief			
.....	153		
<b>3</b>			
3-day vaginal.....	95, 96		
<b>4</b>			
4 way .....	88		
<b>5</b>			
50 PLUS ADULT EYE			
HEALTH.....	210		
<b>8</b>			
8 hour pain reliever..	63, 67, 71		
<b>A</b>			
a thru z.....	210		
a thru z advanced formula..	210		
a thru z high potency .....	210		
A THRU Z MEN'S			
ULTIMATE .....	210		
a thru z select.....	210		
A THRU Z SELECT.....	210		
a thru z select 50plus formula			
.....	210		
a thru z select women's.....	210		
A-25 (VIT A PALMITATE)			
.....	210		
abacavir.....	5		
abacavir-lamivudine.....	5		
ABATINEX .....	201		
ABC COMPLETE SENIOR			
WOMEN'S .....	210		
ABELCET.....	2		
ABILIFY ASIMTUFII.....	77		
ABILIFY MAINTENA.....	77		
abiraterone .....	45		
ABRAXANE.....	45		
ABRYSVO (PF).....	42		
acamprosate .....	109		
acarbose .....	143		
ACCRUFER.....	210		
accutane.....	139		
acebutolol .....	17		
acetaminophen.....	63, 64, 70		
ACETAMINOPHEN.....	63, 64		
ACETAMINOPHEN (BULK)			
.....	64		
acetaminophen-codeine .....	61		
acetazolamide .....	98		
acetazolamide sodium .....	98		
acetic acid.....	91, 110		
acetylcysteine.....	123, 172		
acid controller .....	38, 40		
acid gone antacid .....	23		
acid gone antacid e.strength	23		
acid reducer (cimetidine) .....	41		
acid reducer (famotidine).....	38,		
39, 40, 41			
acid reducer (omeprazole) ...	38		
acidophilus .....	202		
acidophilus-pectin .....	36		
ACIDOPHILUS-PECTIN,			
CITRUS.....	36		
acitretin .....	128		
acne medication.....	139		
ACNE MEDICATION.....	139		
ACTEMRA .....	147, 148		
ACTEMRA ACTPEN .....	147		
ACTHIB (PF).....	42		
ACTIMMUNE .....	41		
ACTIVE FE.....	210		
ACTIVNUTRIENTS			
CHEWABLE.....	210		
acyclovir .....	5, 128		
acyclovir sodium.....	5		
ADACEL(TDAP			
ADOLESN/ADULT)(PF)	42		
ADALIMUMAB-ADAZ....	148		
ADALIMUMAB-ADBM			
(ONLY NDCS STARTING			
WITH 00597) .....	148		
ADALIMUMAB-ADBM(CF)			
PEN CROHNS (ONLY			
NDCS STARTING WITH			
00597).....	148		
ADALIMUMAB-ADBM(CF)			
PEN PS-UV (ONLY NDCS			
STARTING WITH 00597)			
.....	148		
adapalene .....	139		
ADBRY .....	131		
ADCETRIS.....	45		
adefovir.....	5		
ADEK GUMMIES PLUS			
ZINC.....	234		
ADEMPAS .....	172		
adenosine .....	13		
adrenalin.....	153		
ADSTILADRIN .....	45		
ADULT 50 PLUS EYE			
HEALTH .....	216		
adult aspirin regimen .....	64, 65		
ADULT MULTIVITAMIN			
GUMMIES .....	210, 211		
ADULT ONE DAILY			
GUMMIES .....	211		
adult tussin chest congestion			
.....	161, 171		
adults 50 plus.....	211		
ADULTS' DAILY FORMULA			
.....	211		
ADULTS MULTIVITAMIN			
.....	211		
ADVAIR HFA.....	172		
advanced antacid-antigas.....	33		
advanced healing (petrolatum)			
.....	133		
ADVANCED MULTI EA..	211		
AEROCHAMBER MINI ...	177		
AEROCHAMBER MV .....	177		
AEROCHAMBER PLUS			
FLOW-VU.....	177		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK ..... 178	<i>ala-hist ir</i> ..... 153	<i>aller-g-time</i> ..... 153
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK ..... 178	ALAHIST PE ..... 153	<i>allergy (chlorpheniramine)</i> 153, 169
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK..... 178	<i>alaway</i> ..... 98	<i>allergy (diphenhydramine)</i> 153, 162
AEROCHAMBER PLUS Z STAT ..... 178	<i>albendazole</i> ..... 2	<i>allergy and congestion relief</i> ..... 154
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK ..... 178	<i>albumin, human 25 %</i> ..... 185	<i>allergy multi-symptom</i> 153, 159
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK ..... 178	<i>alburx (human) 25 %</i> ..... 185	<i>allergy relief (cetirizine)</i> .... 154, 162
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK ..... 178	<i>alburx (human) 5 %</i> ..... 185	<i>allergy relief (fexofenadine)</i> ..... 153, 154, 159, 162, 169
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG ..... 178	<i>albutein 25 %</i> ..... 185	<i>allergy relief (fluticasone)</i> .173, 175, 176
AEROVENT PLUS..... 178	<i>albutein 5 %</i> ..... 186	<i>allergy relief (levocetirizin)</i> 159
AFTERA ..... 91	<i>albuterol sulfate</i> ..... 172, 173	<i>allergy relief (loratadine)</i> ..153, 160, 168, 169
AIMOVIG AUTOINJECTOR ..... 86	<i>alclometasone</i> ..... 129	<i>allergy relief d12</i> ..... 153
AIMSCO LATEX CONDOM ..... 178	<i>alcohol pads</i> ..... 143	<i>allergy relief d-24hr</i> ..... 153
AIRBORNE (ASCORBATE SODIUM)..... 211	ALDURAZYME ..... 141	<i>allergy relief(chlorpheniramn)</i> ..... 153, 159, 162
AIRBORNE (ASCORBIC ACID)..... 211	ALECENSA ..... 45	<i>allergy relief(diphenhydramin)</i> ..... 153, 159, 160, 169
AIRBORNE (LYSINE HCL) ..... 202	<i>alendronate</i> ..... 152	ALLERGY RELIEF(DIPHENHYDRA MIN) ..... 154
AIRBORNE (WITH LYSINE ACETATE) ..... 211	ALEVAZOL..... 126	<i>allergy relief,nasal decongest</i> ..... 154, 162
AIRBORNE ELDERBERRY ..... 211	<i>alfuzosin</i> ..... 185	<i>allergy relief-d (cetirizine)</i> .153
AIRBORNE GUMMY ..... 211	ALIQOPA ..... 45	<i>allergy-congest relief-d(fexo)</i> ..... 154
AIRBORNE KIDS ..... 211	<i>aliskiren</i> ..... 17	ALL-NITE COLD-FLU ..... 154
AIRSHIELD..... 217	ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ..... 211	<i>allopurinol</i> ..... 152
AIRSHIELD IMMUNE ..... 203	ALIVE HAIR, SKIN AND NAILS ..... 211	<i>allopurinol sodium</i> ..... 152
AIRZONE PEAK FLOW METER ..... 178	ALIVE IMMUNE HEALTH ..... 211	<i>almacone-2</i> ..... 23
AKEEGA ..... 45	ALIVE MAX POTENCY ..211	<i>aloprim</i> ..... 152
<i>ala-cort</i> ..... 128, 129	ALIVE WOMEN 50 PLS ULT POTENCY ..... 212	<i>alose tron</i> ..... 23
ALAHIST CF ..... 153	ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY ..... 212	<i>alpha lipoic acid</i> ..... 110
ALAHIST D..... 153	ALIVE WOMEN'S ENERGY ..... 212	ALPHA LIPOIC ACID ..... 110, 123
ALAHIST DM (DEXBROMPHEN-PE- DM) ..... 153	ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN..... 212	ALREX ..... 98
	ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY ..... 212	<i>altamist</i> ..... 88
	<i>all day allergy (cetirizine)</i> .153, 159, 160, 168, 169	<i>altavera (28)</i> ..... 91
	<i>all day allergy-d</i> ..... 153, 169	<i>aluminum hydroxide gel</i> ..... 23
	ALL DAY COLD AND SINUS ..... 153	ALUNBRIG ..... 45
	<i>all day pain relief</i> ..... 64	
	<i>all day relief</i> ..... 64	
	<i>aller-chlor</i> ..... 153	
	<i>aller-ease</i> ..... 160	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

ALVESCO .....	173	<i>antacid extra-strength</i> .....	186	AQUAPHOR BABY	
<i>alyacen 1/35 (28)</i> .....	91	<i>antacid maximum strength</i> ...	33	HEALING .....	131
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> .....	91	<i>antacid regular strength</i> .....	23	AQUAPHOR HEALING ...	131
<i>alyq</i> .....	173	<i>antacid ultra strength</i> .....	186	AQUASOL A .....	212
<i>amantadine hcl</i> .....	5	<i>antacid-antigas</i> ...23, 28, 31, 33		<i>aranelle (28)</i> .....	91
<i>ambrisentan</i> .....	173	ANTACID-ANTIGAS .....	23	ARBEM H-COSMETIC ....	131
AMERICERIN .....	131	<i>antibiotic (bacitracin zinc)</i> .	125	ARBEM LIOPEN .....	131
<i>amethyst (28)</i> .....	91	<i>antibiotic plus (pramoxine)</i> 125		ARCALYST .....	41
<i>amikacin</i> .....	2	ANTIBIOTIC PLUS PAIN		AREXVY (PF) .....	42
<i>amiloride</i> .....	17	REL(PRAM) .....	125	<i>arformoterol</i> .....	173
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		<i>anti-dandruff</i> .....	128	<i>arginine (l-arginine)</i> .....	202
.....	17	<i>anti-diarrheal (loperamide)</i> 36,		ARGININE (L-ARGININE)	
<i>aminocaproic acid</i> .....	20	37, 38		.....	202, 207, 209
<i>amiodarone</i> .....	13	ANTI-DIARRHEAL		ARGININE (L-ARGININE)	
<i>amitriptyline</i> .....	77	(LOPERAMIDE).....	37	(BULK).....	202, 207
AMLADEx .....	212	<i>antifungal (clotrimazole)</i> ...	126,	ARGININE HCL (L-	
<i>amlodipine</i> .....	17	127		ARGININE) .....	207, 209
<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	14	<i>antifungal (miconazole)</i> .....	126	ARIKAYCE .....	3
<i>amlodipine-benazepril</i> .....	17	<i>antifungal (tolnaftate)</i> .126, 127		<i>aripiprazole</i> .....	77
<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	17	<i>anti-gas ultra strength</i> .....	23	ARISTADA .....	78
<i>amlodipine-valsartan</i> .....	17	ANTI-GAS ULTRA		ARISTADA INITIO.....	78
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>		STRENGTH .....	27	<i>armodafinil</i> .....	78
.....	17	<i>anti-itch (hc)</i> .....	129	<i>arsenic trioxide</i> .....	45
<i>ammonium lactate</i> .....	131	<i>anti-itch(diphenhyd)</i> with zinc		<i>arthritis pain relief (acetam)</i>	
<i>amnesteem</i> .....	139	.....	131, 137, 138	.....	64, 68, 71
<i>amoxapine</i> .....	77	<i>anti-itch(hydrocortisone)-aloe</i>		ARTHRITIS PAIN	
<i>amoxicillin</i> .....	10	.....	130	RELIEF(CAPSAIC) .....	132
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..	10	<i>antioxidant a/c/e/selenium</i> ..	243	<i>artificial tears(pvalch-povid)</i> 98	
<i>amphotericin b</i> .....	2	ANTIOXIDANT		ASCOR.....	212
<i>ampicillin</i> .....	11	A/C/E/SELENIUM .....	212	<i>ascorbic acid (vitamin c)</i> ...	212,
<i>ampicillin sodium</i> .....	11	ANTIOXIDANT FORMULA		218, 242, 248	
<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	11	(SELENIUM) .....	212	<i>asenapine maleate</i> .....	78
<i>anagrelide</i> .....	110	APETIGEN PLUS.....	212	ASMANEX HFA .....	173
<i>anastrozole</i> .....	45	APOKYN .....	60	ASMANEX TWISTHALER	
ANKTIVA.....	45	<i>apomorphine</i> .....	60	.....	173
<i>antacid</i> .....	31	APPE-CURB .....	202	ASPARLAS.....	45
<i>antacid (calcium carbonate)</i>		<i>apraclonidine</i> .....	96	<i>aspirin</i> .....	65, 67, 68, 71
.....	186, 193, 198, 199	<i>aprepitant</i> .....	23	<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	20
<i>antacid anti-gas</i> .....	23, 28	<i>apri</i> .....	91	<i>atazanavir</i> .....	5
<i>antacid anti-gas (ca carb-sim)</i>		APTiom.....	73	<i>atenolol</i> .....	17
.....	23	APTIVUS .....	5	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	17
<i>antacid exst (mag carb-al hyd)</i>		AQUA-E CONCENTRATE		<i>athlete's foot</i> .....	126
.....	23	.....	212	<i>athlete's foot (clotrimazole)</i>	
<i>antacid ext str (calcium carb)</i>		AQUANAZ .....	154	.....	126, 127
.....	186, 192, 193, 199	<i>aquaphilic</i> .....	131	<i>athlete's foot (terbinafine)</i> ..	127

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

ATHLETE'S FOOT (TERBINAFINE).....	126	<i>baby ayr saline</i> .....	88	BENZYL ALCOHOL (BULK) .....	110
<i>athlete's foot (tolnaftate)</i> ....	126	BABY DDROPS .....	212	BENZYL BENZOATE (BULK).....	110
<i>atomoxetine</i> .....	78	BABY VITAMIN D3.....	212	<i>bepotastine besilate</i> .....	98
<i>atorvastatin</i> .....	14	BABY'S SUPER DAILY D3 .....	212	BEROCCA (FA-GUARANA- CAFF).....	213
<i>atovaquone</i> .....	3	<i>bacitracin</i> .....	3, 97, 124	BESIVANCE.....	97
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	3	<i>bacitracin zinc</i> .....	124, 125	BESPONSA.....	45
ATP IGNITE .....	212	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	97	BESREMI.....	41
<i>atropine</i> .....	36, 98	<i>baclofen</i> .....	85	<i>beta care</i> .....	132
ATROVENT HFA .....	173	BACMIN .....	212	<i>beta carotene</i> .....	213
<i>aubra eq</i> .....	91	<i>balsalazide</i> .....	23	BETA XMA .....	132
AUGMENTIN.....	11	BALVERSA.....	45	BETADINE .....	124
AUGTYRO .....	45	<i>banophen</i> .....	154	BETADINE SURGICAL SCRUB .....	124, 125
AUVELITY.....	78	<i>banophen anti-itch</i> .....	132	BETADINE SWABSTICKS .....	125
<i>aviane</i> .....	91	BAQSIMI .....	143	<i>betaine</i> .....	23
AVONEX .....	41	BARACLUDGE.....	5	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	129
AYR ALLERGY AND SINUS .....	88	BARIATRIC MULTIVITAMINS .....	212	<i>betamethasone valerate</i> .....	129
<i>ayr saline</i> .....	88	BASE 7542.....	132	<i>betamethasone, augmented</i> .....	129
AYR SALINE .....	88	BAVENCIO .....	45	BETASERON.....	41
AYR SALINE GEL .....	88	<i>baza antifungal</i> .....	126	<i>betaxolol</i> .....	17, 97
AYVAKIT.....	45	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	42	<i>bethanechol chloride</i> .....	184
AZ.....	132	B-COMPLEX PLUS VIT C (CALCIUM).....	228	BEVESPI AEROSPHERE .....	174
<i>azacitidine</i> .....	45	<i>b-complex with vitamin c</i> ... ..	212, 213, 217, 240, 242, 247, 248	<i>bexarotene</i> .....	45
AZASITE .....	97	BD INSULIN SYRINGE ... ..	178	BEXSERO .....	42
<i>azathioprine</i> .....	45	BD PEN NEEDLE .....	178	<i>bicalutamide</i> .....	46
<i>azathioprine sodium</i> .....	45	BELBUCA .....	61	BICILLIN C-R .....	11
<i>azelaic acid</i> .....	139	BELEODAQ .....	45	BICILLIN L-A .....	11
<i>azelastine</i> .....	88, 98	BELSOMRA .....	78	BIKTARVY .....	6
<i>azithromycin</i> .....	10	<i>benazepril</i> .....	17	BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST .....	178
AZO COMPLETE FEMININE BALANCE .....	36	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....	17	BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST .....	178
AZO DUAL PROTECTION .....	36	<i>bendamustine</i> .....	45	BIO-35, GLUTEN FREE ... ..	213
<i>aztreonam</i> .....	3	BENDEKA.....	45	BIOCAL .....	213
<i>azurette (28)</i> .....	91	BENLYSTA .....	148	BIO-D-MULSION .....	213
<b>B</b>		BENZEDREX .....	88	BIO-D-MULSION FORTE .....	213
<i>b complex 100</i> .....	212	<i>benzoin</i> .....	138	BIO-K PLUS .....	36
B COMPLEX PLUS VITAMIN C.....	212	<i>benzoin (bulk)</i> .....	132	BIOLYTE .....	186
B COMPLEX W-VIT C.....	212	<i>benzoin compound</i> .....	132	BIOMEPRO .....	36
<i>b complex-vitamin c-folic acid</i> .....	212, 213, 218, 224, 242, 243, 247	<i>benzonatate</i> .....	154		
B COMPLEX-VITAMIN C- FOLIC ACID.....	213	<i>benzoyl peroxide</i> .....	139		
		<i>benztropine</i> .....	60		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>biotin</i> .. 213, 217, 229, 230, 240, 242, 243	<i>buprenorphine-naloxone</i> .....65	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> .....189
BIOTIN ..... 213, 217, 243	<i>bupropion hcl</i> ..... 78	<i>calcium antacid</i> .....189, 199
BIOTIN (BULK)..... 213, 221	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ..... 105	<i>calcium carbonate</i> .....186, 187, 189, 192, 196, 200
<i>bisacodyl</i> .....23	<i>buspirone</i> ..... 78	CALCIUM CARBONATE 189
<i>bismuth subsalicylate</i> ..... 36	<i>busulfan</i> .....46	<i>calcium carbonate-vit d3-min</i> .....214, 230, 239
<i>bisoprolol fumarate</i> ..... 17	<i>butenafine</i> ..... 126	<i>calcium carbonate-vitamin d3</i> .....186, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 199, 200
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..... 17	<i>butorphanol</i> .....65	CALCIUM CARBONATE- VITAMIN D3 186, 187, 188, 194, 196, 200
<i>bleomycin</i> .....46	BYDUREON BCISE ..... 143	<i>calcium chloride</i> .....189
BLINCYTO.....46	BYETTA ..... 143	<i>calcium citrate</i> .....190
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS ..... 213	<b>C</b>	CALCIUM CITRATE.....190
BOOST BREEZE NUTRITIONAL..... 202	<i>c-1000</i> .....214	<i>calcium citrate + d</i> .....190
BOOSTRIX TDAP ..... 42	<i>c-1000 with rose hips</i> .....214	<i>calcium citrate-vitamin d3</i> .189, 190, 191, 192, 193, 199
BORIC ACID (BULK) .98, 99, 100, 101	<i>c-500</i> .....214	CALCIUM CITRATE- VITAMIN D3 189, 190, 191, 192, 193, 199, 200
<i>bortezomib</i> .....46	CABENUVA.....6	<i>calcium gluconate</i> .....191
BORTEZOMIB .....46	<i>cabergoline</i> ..... 141	CALCIUM LACTATE .....191
<i>bosentan</i> ..... 174	CABLIVI.....20	CALCIUM PHOSPHATE- VITAMIN D3 .....214
BOSULIF .....46	CABOMETYX.....46	<i>calcium with vitamin d</i> .....188
<i>bpo</i> ..... 139	<i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang- bor</i> ..... 214, 224, 229, 242	<i>cal-gest antacid</i> .....191
BRAFTOVI.....46	CA-D3-MAG OX-ZINC-COP- MANG-BOR ..... 214, 217	<i>callus removers</i> .....124
BREO ELLIPTA..... 174	CAFFEINE (BULK) ..... 110	CAL-MINT .....191
<i>breyna</i> ..... 174	<i>caffeine citrate</i> ..... 110	CALQUENCE.....46
BREZTRI AEROSPHERE 174	<i>calcidol</i> .....214	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....46
BRILINTA ..... 20	<i>calcipotriene</i> .....128	CAL-QUICK .....191
<i>brimonidine</i> .....97	<i>calcitonin (salmon)</i> .....141	CALTRATE 600 PLUS D..191
<i>brimonidine-timolol</i> .....98	CAL-CITRATE..... 186	CALTRATE 600-D PLUS MINERALS.....214
BRIUMVI.....87	<i>calcitriol</i> ..... 128, 141	CALTRATE WITH VITAMIN D3 .....191
BRIVIACT ..... 73	<i>calcium 500 + d</i> .....187, 199	CALTRATE-D3 PLUS MINERALS.....214
<i>bromfenac</i> .....96	<i>calcium 500 with d</i> ....187, 192, 199	<i>camila</i> .....94
<i>bromocriptine</i> ..... 60	<i>calcium 600</i> ..... 187, 199	<i>camrese</i> .....91
<i>brompheniramine-pseudoeph- dm</i> ..... 154	<i>calcium 600 + d(3)</i> .... 187, 188, 191, 199	
BROMSITE.....96	<i>calcium 600 + minerals</i> .....240	
BRUKINSA .....46	<i>calcium 600 with vitamin d3</i> ..... 187, 193	
<i>bss</i> .....99	CALCIUM 600 WITH VITAMIN D3 ..... 189	
<i>budesonide</i> .....23, 174	<i>calcium 600-d3 plus (mag- zinc)</i> .....217	
<i>budesonide-formoterol</i> ..... 174	CALCIUM 600-D3 PLUS (MAG-ZINC) .....214	
<i>bumetanide</i> ..... 17		
<i>buprenorphine hcl</i> ..... 61		
<i>buprenorphine transdermal patch</i> .....61		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>candesartan</i> .....	17	<i>caspofungin</i> .....	2	CENTRUM SPECIALIST
<i>candesartan-</i>		<i>castor oil</i> .....	23, 24, 25, 31	HEART .....
<i>hydrochlorothiazid</i> .....	17	CAYSTON .....	3	215
CAPLYTA .....	78	<i>cefaclor</i> .....	8	CENTRUM ULTRA MEN'S
CAPMIST DM .....	154	<i>cefadroxil</i> .....	9	.....
CAPRELSA .....	46	<i>cefazolin</i> .....	9	215
CAPRON DM .....	154	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> ..	9	<i>centrum women</i> .....
CAPRON DMT .....	154	<i>cefdinir</i> .....	9	215
<i>capsaicin</i> .....	132	<i>cefepime</i> .....	9	<i>cephalexin</i> .....
CAPSAICIN.....	132	<i>cefepime in dextrose,iso-os</i> ..	9	9
CAPSIMIDE .....	132	<i>cefixime</i> .....	9	CEPROTIN (BLUE BAR) ...
CAPSULE #0 .....	110, 111	<i>cefoxitin</i> .....	9	20
CAPSULE #00 .....	111, 112	<i>cefoxitin in dextrose, iso-os</i> .	9	CEPROTIN (GREEN BAR) 20
CAPSULE #00		<i>cefpodoxime</i> .....	9	CEQUR SIMPLICITY .....
(HYPROMELLOSE) .....	102	<i>cefprozil</i> .....	9	179
CAPSULE #000 .....	112	<i>ceftazidime</i> .....	9	CEQUR SIMPLICITY
CAPSULE #1 .....	112, 113, 114	<i>ceftriaxone</i> .....	9	INSERTER .....
CAPSULE #10 .....	114	<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i> .	9	179
CAPSULE #11 .....	114	<i>cefuroxime axetil</i> .....	9	CERALYTE-70.....
CAPSULE #13 .....	114	<i>cefuroxime sodium</i> .....	9	191
CAPSULE #2 .....	114	<i>celecoxib</i> .....	65	CERASPORT .....
CAPSULE #3 .....	114, 115	CELLULOSE (BULK).....	104	191
CAPSULE #4 .....	115, 116	CENTRAL-VITE .....	240	CERAVE .....
CAPSULE #5 .....	116	CENTRAL-VITE WOMEN'S		132
CAPSULE #7 .....	116	MATURE .....	240	CERAVE HEALING .....
<i>captopril</i> .....	18	<i>centratex</i> .....	214	132
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>		<i>centravites</i> .....	214	CERAVE SA (WITH
.....	18	<i>centravites 50 plus</i> .....	214	NIACINAMIDE).....
<i>carbamazepine</i> .....	73	CENTRAVITES ADULTS	214	132
<i>carbidopa</i> .....	60	<i>centrum</i> .....	214	<i>cerovite jr</i> .....
<i>carbidopa-levodopa</i> .....	60	CENTRUM .....	215	215
<i>carbidopa-levodopa-</i>		CENTRUM ADULT 50		<i>cerovite senior</i> .....
<i>entacapone</i> .....	60	FRESH-FRUITY .....	214	215
<i>carboplatin</i> .....	46	CENTRUM CHEWABLES		<i>certavite senior</i> .....
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>		.....	214	215
.....	99	CENTRUM COMPLETE ..	214	<i>certavite-antioxidant</i> .....
CARBOXYMETHYLCELLU		CENTRUM KIDS (VIT D3,		215
LOSE SODIUM .....	99	VIT K) .....	214	CERTAVITE-
CARESTART COVID-19 AG		CENTRUM MEN.....	214	ANTIOXIDANT .....
HOME TST .....	179	CENTRUM SILVER .....	215	215
<i>carglumic acid</i> .....	116	CENTRUM SILVER MEN	215	<i>cetaphil moisturizing</i> .....
<i>carmustine</i> .....	46	CENTRUM SILVER ULTRA		132
<i>carteolol</i> .....	97	MEN'S .....	215	<i>cetirizine</i> .....
<i>cartia xt</i> .....	18	CENTRUM SILVER		154, 155
<i>carvedilol</i> .....	18	WOMEN .....	215	<i>cetirizine-pseudoephedrine</i> .
				155
				<i>cevimeline</i> .....
				116
				CHEMET.....
				116
				CHEMSTRIP 10 MD .....
				143
				CHEMSTRIP 10/SG .....
				143
				CHEMSTRIP 2 GP.....
				143
				CHEMSTRIP 50B .....
				143
				CHEMSTRIP 7.....
				143
				CHEMSTRIP 9.....
				143
				CHENODAL .....
				23
				<i>chest congestion relief</i> .....
				155,
				162, 170
				CHEST CONGESTION
				RELIEF.....
				155
				<i>chest congestion relief dm</i> .
				155,
				162, 169

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>chest congestion relief pe ..</i>	<i>children's cetirizine .....</i>	<i>child's all day allergy(cetir)</i>
155,	156	.....155, 160, 162, 170
169	<i>children's chew multivitamin</i>	CHILD'S MUCUS RELIEF M-
<i>chest congestion-cough relief</i>	.....216	S COLD.....156, 160
.....155	<i>children's chewable vitamin</i>	CHILD'S OMEGA-3 DHA
<i>chest-sinus congestion relief</i>	216	MULTIVITAM.....216
.....155	CHILDREN'S CHEWABLE	CHLO HIST.....157
<i>child allergy relf(cetirizine)</i>	VITAMIN.....216	CHLO TUSS.....157
155	<i>children's chewables.....</i>	<i>chloramphenicol sod succinate</i>
CHILD CHEWABLE	216	.....3
VITAMN COMPLETE.217,	<i>children's chewables extra c</i>	<i>chlorhexidine gluconate .....</i>
240	.....216	.....88
CHILD COMPLETE	<i>children's cold and cough (pe)</i>	CHLOROCAPS.....202
MULTIVITAMIN.....224	.....156, 157, 160, 162	<i>chloroprocaine (pf).....</i>
CHILD DELSYM COUGH	<i>children's cold-allergy (pe)</i>	132
PLUS DY-NT.....156	156,	<i>chloroquine phosphate .....</i>
<i>child delsym cough-chest dm</i>	170	3
.....156	CHILDREN'S COUGH DM	<i>chlorothiazide sodium .....</i>
CHILD MUCINEX	ER.....156, 160	18
FREEFROM DY COLD 156	CHILDREN'S DELSYM	<i>chlorpheniramine maleate..</i>
CHILD MUCINEX	COUGH.....156	157
FREEFROM MS D-N....156	CHILDREN'S FLONASE	<i>chlorpromazine .....</i>
CHILD MUCINEX M-S	ALLERGY RLF.....174	78
COLD DAY-NTE.....156	<i>children's ibuprofen.65, 66, 68,</i>	<i>chlorthalidone.....</i>
<i>child mucinex stuffy nose spry</i>	69, 71	18
.....88	CHILDREN'S LORATADINE	<i>chocolate laxative .....</i>
CHILD MUCINEX STUFFY	.....156	23, 31
NOSE-CHST.....156	<i>children's mapap .....</i>	CHILDOLBAM.....23
<i>child mucus relief cough ...</i>	66	<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>
156,	<i>children's mucinex cough ...</i>	.....218, 219, 224, 225, 229,
160	157	231, 238, 241, 243, 244,
CHILD MULTIVITAMIN	CHILDREN'S MUCINEX	246, 249, 250, 251, 252, 253
PLUS IRON.....215	MULTI-SYMP.....156, 157	CHOLECALCIFEROL
CHILD TRIAMINIC MS	CHILDREN'S MULTI-VIT	(VITAMIN D3).....212, 220,
FEVER-COLD.....156	GUMMIES.....216	246, 249, 250, 251, 252
CHILDREN	<i>children's multivitamin .....</i>	CHOLESTEROL (BULK) .202
MULTIVITAMIN.....215	215	<i>cholestyramine (with sugar) .</i>
<i>children's acetaminophen....</i>	CHILDREN'S	<i>cholestyramine light .....</i>
65,	MULTIVITAMIN .215, 216,	14
66, 67, 68	224	CHROMAGEN(SUMALATE-
<i>children's alaway.....</i>	CHILDREN'S	QUATREFOLI).....216
99	MULTIVITAMIN GUMMY	<i>chromium chloride.....</i>
<i>children's allergy (diphenhyd)</i>	.....216	191
.....156, 157, 160, 168, 170	CHILDREN'S OMEGA-3	CIBINQO.....132
<i>children's allergy relief(fex)</i>	GUMMY FISH.....203	<i>ciclodan .....</i>
155	<i>children's pain relief.....</i>	126
<i>children's allergy relief(lor)</i>	67, 71	<i>ciclopirox.....</i>
.....155, 156, 170	<i>children's pain reliever.....</i>	126
<i>children's allergy(cetirizine)</i>	71	<i>cidofovir.....</i>
.....168	<i>children's pain-fever relief ..</i>	6
<i>children's aspirin.....</i>	68, 69, 71, 72	<i>cilostazol.....</i>
71	<i>childrens plus multi-symp cold</i>	20
	.....157	CIMDUO.....6
	<i>children's saline nasal spray</i>	CIMERLI.....99
	88	<i>cimetidine .....</i>
		38
		<i>cimetidine hcl.....</i>
		38
		CIMZIA.....24
		CIMZIA POWDER FOR
		RECONST.....23

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

CIMZIA STARTER KIT ..... 24	CLINIMIX 4.25%/D10W	<i>coenzyme q10</i> .....102, 103, 104,
<i>cinacalcet</i> ..... 141	SULF FREE ..... 203	105
CINRYZE..... 174	CLINIMIX 4.25%/D5W	COENZYME Q10 ..... 104
CINVANTI..... 24	SULFIT FREE..... 116	COENZYME Q10 (BULK)104
<i>ciprofloxacin</i> ..... 12	CLINIMIX 5%-	COENZYME Q10-VIT E-VIT
<i>ciprofloxacin hcl</i> ..... 12, 91, 97	D20W(SULFITE-FREE)203	E MIXED.....203
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	CLINIMIX 6%-D5W	<i>coenzyme q10-vitamin e</i> .....203
..... 12	(SULFITE-FREE) ..... 203	COLACE ..... 24
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	CLINIMIX 8%-	COLACE 2-IN-1 ..... 24
..... 91	D10W(SULFITE-FREE)203	COLACE CLEAR ..... 24
<i>cisplatin</i> ..... 46	CLINIMIX 8%-	<i>colchicine</i> ..... 152
<i>citalopram</i> ..... 78	D14W(SULFITE-FREE)203	<i>cold and cough elixir</i> ..... 157
CITRACAL + D MAXIMUM	CLINITEST COVID-19	COLD AND FLU SEVERE
..... 191	HOME TEST ..... 179	..... 170
CITRACAL-D3 GUMMIES	<i>clobazam</i> ..... 73	<i>cold relief plus</i> ..... 168
..... 216	<i>clobetasol</i> ..... 129	<i>cold-sinus relief</i> ..157, 162, 170
CITRACAL-D3 MAXIMUM	<i>clobetasol-emollient</i> ..... 129	<i>colesevelam</i> ..... 14
PLUS ..... 191	<i>clodan</i> ..... 129	<i>colestipol</i> ..... 14
CITRACAL-D3 PETITES . 191	<i>clofarabine</i> ..... 46	<i>colistin (colistimethate na)</i> .....3
<i>citrucel</i> ..... 24	<i>clomid</i> ..... 141	COLUMVI ..... 46
CITRUCEL (SUCROSE)..... 24	<i>clomiphene citrate</i> ..... 141	COMBIVENT RESPIMAT 174
CITRUCEL SUGAR FREE . 24	<i>clomipramine</i> ..... 78	COMETRIQ ..... 46, 47
CITRULLINE (BULK)..... 207	<i>clonazepam</i> ..... 73	COMPACT SPACE
<i>cladribine</i> ..... 46	<i>clonidine (pf)</i> ..... 18, 67	CHAMBER ..... 179
<i>claravis</i> ..... 139	<i>clonidine hcl</i> ..... 18, 78	COMPACT SPACE
CLARIFYING BASE ..... 105	<i>clonidine transdermal patch</i> . 18	CHAMBER-LRG MASK
<i>clarithromycin</i> ..... 10	<i>clopidogrel</i> ..... 20	..... 179
<i>clearlax</i> ..... 24, 27, 28, 33, 34	<i>clorazepate dipotassium</i> ..... 79	COMPACT SPACE
CLEVER CHOICE	<i>clotrimazole</i> ..... 2, 95, 96, 126	CHAMBER-MED MASK
CHAMBER-LRG MASK	<i>clotrimazole-3</i> ..... 95	..... 179
..... 179	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	COMPACT SPACE
CLEVER CHOICE	..... 126	CHAMBER-SM MASK. 179
CHAMBER-MED MASK	<i>clozapine</i> ..... 79	COMPLERA ..... 6
..... 179	<i>co q-10</i> ..... 102, 103, 104, 105	<i>complete allergy</i> ..... 168
CLEVER CHOICE	CO Q-10 ..... 103	<i>complete allergy medicine</i> ..168
CHAMBER-SM MASK 179	<i>co q-10 (with vit e)</i> ..... 203	<i>complete multivitamin-mineral</i>
CLEVER CHOICE PEAK	COARTEM ..... 3	..... 224, 242
FLOW METER..... 179	COBENFY ..... 79	COMPLETE
<i>clindamycin hcl</i> ..... 3	COBENFY STARTER PACK	MULTIVITAMIN-
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..3	..... 79	MINERAL ..... 216
<i>clindamycin phosphate</i> .... 3, 95,	COCONUT OIL CREAM.. 132	<i>complete mv adult 50 plus</i> ..224
140	<i>codeine-guaifenesin</i> .... 157, 161	<i>compro</i> ..... 24
CLINIMIX 5%/D15W	CODEINE-GUAIFENESIN	CONCEPTIONXR
SULFITE FREE ..... 203	..... 161	MOTILITY ..... 216
		<i>conex</i> ..... 157

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

CONEX.....	157	CUTTER.....	132	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>
<i>constulose</i> .....	24	CUTTER ALL FAMILY ..	132	<i>chloride</i> .....
COPIKTRA.....	47	CUTTER BACKWOODS..	132	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>
<i>copper chloride</i> .....	191	CUTTER BACKWOODS		.....
<i>coq-10</i> .....	102	DRY.....	132	<i>dabigatran etexilate</i> .....
CORLANOR.....	13	CUTTER DRY.....	133	<i>dacarbazine</i> .....
<i>corn remover</i> .....	124	CUTTER LEMON		<i>dactinomycin</i> .....
<i>corn-callus remover</i> .....	124	EUCALYPTUS.....	133	DAILY GUMMIES.....
COROMEGA.....	203	CUTTER NATURAL INSECT		DAILY MULTIVITAMIN.....
CORTIFOAM.....	24	REPELLNT.....	133	<i>daily value</i> .....
<i>cortisone</i> .....	140	CUTTER NATURAL		<i>daily vites/iron</i> .....
<i>corvita</i> .....	216	REPELLENT2.....	133	<i>daily-vite</i> .....
<i>corvita 150</i> .....	216	CUTTER SKINSATIONS .	133	<i>daily-vite (with folic acid)</i> ..
CORVITE 150.....	216	CUTTER SPORT.....	133	DAILY-VITE (WITH FOLIC
CORVITE FE.....	216	<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>		ACID).....
COTELLIC.....	47	.....	219, 220	<i>dalfampridine</i> .....
COUGH AND COLD		CYANOCOBALAMIN(VIT		<i>danazol</i> .....
(CHLORPHEN-DM) .....	157	B-12)(BULK).....	220	<i>dandruff shampoo (pyrithione)</i>
COUGH AND SEVERE		<i>cyclobenzaprine</i> .....	85	.....
COLD.....	167	<i>cyclophosphamide</i> .....	47	<i>dandruff shampoo (selenium)</i>
<i>cough dm er</i> .....	157, 162	CYCLOPHOSPHAMIDE ...	47	.....
COUGH DM ER.....	157, 160, 162	<i>cyclosporine</i> .....	47, 99	<i>dantrolene</i> .....
COUGH SYRUP DM.....	157	<i>cyclosporine modified</i> .....	47	DANYELZA.....
COUGH-COLD RELIEF HBP		CYLTEZO(CF).....	148	<i>dapsone</i> .....
.....	157	CYLTEZO(CF) PEN.....	148	DAPTACEL (DTAP
COVID-19 AT-HOME TEST		CYLTEZO(CF) PEN		PEDIATRIC) (PF).....
.....	179	CROHN'S-UC-HS.....	148	<i>daptomycin</i> .....
CREON.....	24	CYLTEZO(CF) PEN		DAPTOMYCIN.....
CRESEMBA.....	2	PSORIASIS-UV.....	148	<i>darunavir</i> .....
<i>cromolyn</i> .....	24, 99, 174	CYRAMZA.....	47	DARZALEX.....
<i>crotan</i> .....	130	<i>cyred eq</i> .....	91	<i>dasatinib</i> .....
<i>cryselle (28)</i> .....	91	CYSTAGON.....	184	<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....
CRYSVITA.....	141	CYSTARAN.....	99	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....
CULTURELLE ADVANCED		<i>cytarabine</i> .....	47	<i>daunorubicin</i> .....
REGULARITY.....	36	<i>cytarabine (pf)</i> .....	47	DAURISMO.....
CULTURELLE KIDS		CYTO-Q.....	204	<i>day multi-symp flu-severe cold</i>
PROBIOTIC-MV.....	216	<i>cyto-q max</i> .....	204	.....
CULTURELLE KIDS PRO-		CYTO-Q T-F.....	204	<i>daylogic advanced healing</i> .
MV-LUTEIN.....	216	<b>D</b>		<i>daysee</i> .....
CULTURELLE PROBIOTIC-		<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>		DAYTIME COLD-FLU ....
MULTIVIT.....	216	.....	116	170
CULTURELLE WOMEN'S 4-		<i>d2.5 %-0.45 % sodium</i>		DAYTIME COLD-FLU
IN-1.....	36	<i>chloride</i> .....	116	RELIEF (PE).....
CULTURELLE WOMEN'S		<i>d3-2000</i> .....	220	DDROPS.....
WELLNESS.....	36	<i>d3-5000</i> .....	220	<i>deblitane</i> .....

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>de cara</i> .....	221	DERMACINRX FOLDITAM		<i>desonide</i> .....	129
DECARA .....	221	.....	221	<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	79
DECARA K.....	221	DERMACINRX FOLIFLEX		<i>dex4 glucose</i> .....	117
<i>decitabine</i> .....	47	.....	221	DEX4 GLUCOSE .....	116, 117
DECONEX DMX .....	158	DERMACINRX FOLITIN-Z		<i>dex4 glucose pouch pack</i> ....	117
DECONEX IR.....	158	.....	221	<i>dex4 glucose quick dissolve</i>	117
DECUBI VITE.....	221	DERMACINRX		<i>dexamethasone</i> .....	140
<i>deep sea nasal</i> .....	89	FOLIXAPURE .....	222	<i>dexamethasone intensol</i> .....	140
<i>deferasirox</i> .....	116	DERMACINRX FOLTAMIN		<i>dexamethasone sodium phos</i>	
<i>deferiprone</i> .....	116	.....	222	(pf) .....	140
<i>deferoxamine</i> .....	116	DERMACINRX		<i>dexamethasone sodium</i>	
DEKAS BARIATRIC.....	221	FOLTREXYL.....	222	phosphate.....	98, 140
DEKAS ESSENTIAL .....	221	<i>dermacinrx lidocan</i> .....	133	DEXCHLORPHEN-PSE-	
DEKAS PLUS (FOLIC ACID)		DERMACINRX MULTITAM		CHLOPHEDIANOL .....	157
.....	221	.....	222	<i>dexrazoxane hcl</i> .....	44
DEKAS PLUS LIQUID .....	221	DERMACINRX PENETRAL		<i>dextroamphetamine-</i>	
DELSTRIGO.....	6	.....	133	amphetamine.....	79
DELSYM 12 HOUR .....	158	DERMACINRX RIBOTIN-E		<i>dextromethorphan hbr</i> .....	158
DELSYM COUGH .....	158	.....	222	<i>dextromethorphan polistirex</i>	
<i>delsym cough-chest congest dm</i>		DERMACINRX SKIN		.....	158
.....	158	REPAIR COMPLEX.....	133	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	
DELSYM COUGH-SORE		DERMACINRX VENEXA	222	.....	162
THROAT.....	158	DERMACINRX VENEXA FE		<i>dextrose</i> .....	116
DELSYM NIGHTTIME		.....	222	<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	
COUGH.....	158	DERMACINRX VENTRIXYL		.....	117
<i>delta d3</i> .....	221	.....	222	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	
<i>demeclocycline</i> .....	12	DERMACINRX VENTRIXYL		.....	118
DENGVAXIA (PF).....	42	FE .....	222	<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	
<i>denta 5000 plus</i> .....	89	DERMACINRX VITRAMYN		.....	118
<i>dentagel</i> .....	89	.....	222	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	
DEPO-SUBQ PROVERA	104	DERMACINRX VITRANOL		.....	118
.....	94	.....	222	<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	
<i>dermabase</i> .....	133	DERMACINRX VITRANOL		.....	118
DERMACINRX ATRIX... 124,		FE .....	222	<i>dextrose 5%-0.2 % sod</i>	
140		DERMACINRX VITREXATE		chloride.....	118
DERMACINRX ATRIX		.....	222	<i>dextrose 5%-0.3 %</i>	
SYSTEM 1 .....	124	DERMACINRX VITREXATE		sod.chloride .....	118
DERMACINRX CIRCATA		FE .....	222	<i>dextrose 50 % in water (d50w)</i>	
.....	133	DERMACINRX		.....	118
DERMACINRX CIRCATRIX		ZINTREXYL-C.....	222	<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	
.....	133	DESCOVY .....	6	.....	118
DERMACINRX DAVIMET		<i>desipramine</i> .....	79	DIABETES HEALTH	
.....	221	<i>desmopressin</i> .....	142	FORMULA.....	222
DERMACINRX DOTREMIN		<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	91	DIABETES HEALTH PACK	
.....	221	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	91	.....	222

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

DIACOMIT.....	73	<i>docusate calcium</i> .....	24	DROXIA.....	48
<i>dialyvite</i> .....	222, 223	<i>docusate sodium</i> .....	24, 25	<i>droxidopa</i> .....	118
DIALYVITE 3000.....	222	DOCUSATE SODIUM.....	25	DRY EYE FORMULA.....	223
DIALYVITE 5000.....	222	DOCUSOL KIDS.....	25	DRY EYE RELIEF.....	99, 101
<i>dialyvite 800</i> .....	222	<i>dodex</i> .....	223	DUAVEE.....	94
DIALYVITE 800.....	222	<i>dofetilide</i> .....	13	DULERA.....	174
DIALYVITE 800-ULTRA D.....	222	<i>dok</i> .....	25	<i>duloxetine</i> .....	79
DIALYVITE SUPREME D.....	222	DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMIN).....	67	DUPIXENT PEN.....	133
<i>dialyvite vitamin d</i> .....	223	DOLOGESIC-DF.....	67	DUPIXENT SYRINGE.....	133, 134
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX.....	223	<i>donepezil</i> .....	87	DURAFLU.....	159
<i>diazepam</i> .....	73, 79	<i>dopamine</i> .....	14	DUREX AVANTI BARE REAL FEEL.....	179
<i>diazepam intensol</i> .....	79	<i>dopamine in 5 % dextrose</i> .....	14	<i>dutasteride</i> .....	185
<i>diazoxide</i> .....	143	DOPTelet (10 TAB PACK).....	20	<i>dutasteride-tamsulosin</i> .....	185
<i>diclofenac potassium</i> .....	67	DOPTelet (15 TAB PACK).....	20	<i>d-vi-sol</i> .....	223
<i>diclofenac sodium</i> .....	67, 96, 133	DOPTelet (30 TAB PACK).....	20	<b>E</b>	
<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	67	<i>dorzolamide</i> .....	98	<i>e.e.s. 400</i> .....	10
<i>dicloxacillin</i> .....	11	<i>dorzolamide-timolol</i> .....	98	<i>e-200</i> .....	223
<i>dicyclomine</i> .....	36, 37	<i>dotti</i> .....	94	<i>e-400 c-500 and beta carotene</i> .....	223
DIFFERIN.....	140	<i>double antibiotic (b.tracn zn)</i> .....	125	<i>ear drops (carbamide peroxide)</i> .....	91
DIFICID.....	10	DOUBLE ANTIBIOTIC (B.TRACN ZN).....	125	<i>ear wax removal drops</i> .....	91
<i>diflunisal</i> .....	67	DOVATO.....	6	<i>ear wax removal kit</i> .....	91
DIGESTIVE HEALTH PROBIOTIC.....	38	<i>doxazosin</i> .....	18	EASIVENT HOLDING CHAMBER.....	179, 180
DIGESTIVE PROBIOTIC.....	204	<i>doxepin</i> .....	79	EASIVENT MASK LARGE.....	180
<i>digoxin</i> .....	13	<i>doxercalciferol</i> .....	142	EASIVENT MASK MEDIUM.....	180
<i>dihydroergotamine</i> .....	86	<i>doxorubicin</i> .....	48	EASIVENT MASK SMALL.....	180
DILANTIN 30 MG.....	73	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> .....	48	<i>ec-naproxen</i> .....	67
<i>diltiazem hcl</i> .....	18	<i>doxy-100</i> .....	12	<i>econazole</i> .....	126
<i>dilt-xr</i> .....	18	<i>doxycycline hyclate</i> .....	12	<i>econtra ez</i> .....	92
<i>dimaphen dm</i> .....	158	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	12	<i>ed a-hist</i> .....	159
<i>dimenhydrinate</i> .....	24	<i>driminate</i> .....	25	<i>ed a-hist dm</i> .....	159
<i>dimethyl fumarate</i> .....	87	DRIZALMA SPRINKLE.....	79	ED A-HIST DM.....	159
<i>diphedryl</i> .....	158	<i>dronabinol</i> .....	25	<i>ed bron gp</i> .....	159
<i>diphenhydramine hcl</i> .....	158, 159	<i>droperidol</i> .....	25	<i>ed chlorped jr</i> .....	159
<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	37	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....	143	<i>ed-apap</i> .....	67
<i>dipyridamole</i> .....	20	<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i> .....	91	EDARBI.....	18
<i>disulfiram</i> .....	118	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .....	92	EDARBYCLOR.....	18
<i>divalproex</i> .....	73				
DML FORTE.....	133				
<i>dobutamine</i> .....	13				
<i>dobutamine in d5w</i> .....	14				
<i>docetaxel</i> .....	48				

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

EDURANT.....	6	<i>emzahn</i> .....	94	ERBITUX.....	48
<i>efavirenz</i> .....	6	<i>enalapril maleate</i> .....	18	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> .....	225, 249
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov6</i>		<i>enalaprilat</i> .....	18	ERGOCALCIFEROL	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	18	(VITAMIN D2).....	249
.....	6	ENBREL.....	149	<i>ergotamine-caffeine</i> .....	86
<i>effe-r-k</i> .....	192	ENBREL MINI.....	149	<i>eribulin</i> .....	48
ELAPRASE.....	142	ENBREL SURECLICK.....	149	ERIVEDGE.....	48
ELDERTONIC.....	223	<i>endacof - dm</i> .....	159	ERLEADA.....	48
<i>electrolyte-148</i> .....	204	ENDARI.....	118	<i>erlotinib</i> .....	48
<i>electrolyte-48 in d5w</i> .....	204	<i>endocet</i> .....	61	<i>errin</i> .....	94
<i>electrolyte-a</i> .....	204	<i>endur-acin</i> .....	14, 15	<i>ertapenem</i> .....	3
<i>electrolytes-dextrose...</i>	193, 197	ENDUR-VM IRON-FREE.....	223	ERWINASE.....	48
<i>eletriptan</i> .....	86	ENDUR-VM WITH IRON.....	224	<i>ery pads</i> .....	140
ELIGARD.....	48	<i>enema</i> .....	25, 32	<i>ery-tab</i> .....	10
ELIGARD (3 MONTH).....	48	<i>enema disposable</i> .....	25	<i>erythrocin (as stearate)</i> .....	10
ELIGARD (4 MONTH).....	48	ENEMEEZ.....	25	<i>erythromycin</i> .....	10, 97
ELIGARD (6 MONTH).....	48	ENEMEEZ PLUS.....	25	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	10
<i>elinest</i> .....	92	ENFAMIL ENFALYTE.....	192	<i>erythromycin with ethanol</i> .....	140
ELIQUIS.....	20	ENGERIX-B (PF).....	42	<i>escitalopram oxalate</i> .....	79
ELIQUIS DVT-PE TREAT		ENGERIX-B PEDIATRIC		<i>esmolol</i> .....	18
30D START.....	21	(PF).....	43	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	38, 39, 40, 41
ELITEK.....	44	<i>enoxaparin</i> .....	21	<i>esomeprazole sodium</i> .....	39
ELIXOPHYLLIN.....	174	<i>enpresse</i> .....	92	ESSENCE C.....	240
ELLUME COVID-19 HOME		<i>enskyce</i> .....	92	<i>essentia</i> .....	225
TEST.....	180	<i>ensure clear</i> .....	204	ESSENTIAL MAN.....	225
ELMIRON.....	184	ENSURE CLEAR		ESSENTIAL MAN 50 PLUS	
ELREXFIO.....	48	THERAPEUTIC.....	204	.....	225
<i>eluryng</i> .....	95	<i>entacapone</i> .....	60	ESSENTIAL WOMAN 50	
ELZONRIS.....	48	<i>entecavir</i> .....	6	PLUS.....	225
EMEND.....	25	ENTRESTO.....	14	<i>estarylla</i> .....	92
EMERGEN-C.....	223	ENTRESTO SPRINKLE.....	14	<i>estradiol</i> .....	94
EMERGEN-C IMMUNE		ENTYVIO.....	25	<i>estradiol valerate</i> .....	94
PLUS.....	223	<i>enulose</i> .....	25	<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	94
EMERGEN-C KIDZ.....	223	ENVARUSUS XR.....	48	<i>eszopiclone</i> .....	80
EMERGEN-C MSM LITE.....	223	EPCLUSA.....	6	<i>ethacrynate sodium</i> .....	18
EMGALITY PEN.....	86	EPIDIOLEX.....	73	<i>ethambutol</i> .....	3
EMGALITY SYRINGE.....	86	<i>epinastine</i> .....	99	<i>ethosuximide</i> .....	73
EMOLLIA.....	134	<i>epinephrine</i> .....	159	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	92
<i>emollient</i> .....	134	<i>epirubicin</i> .....	48	<i>etodolac</i> .....	67
EMPLICITI.....	48	<i>epitol</i> .....	73	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	
EMSAM.....	79	EPKINLY.....	48	.....	95
<i>emtricitabine</i> .....	6	<i>eplerenone</i> .....	18	ETOPOPHOS.....	48
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> .....	6	EPRONTIA.....	73	<i>etoposide</i> .....	49
EMTRIVA.....	6	<i>epsom salt (laxative)</i> .....	25, 34		
EMVERM.....	3				

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>etravirine</i> .....	6	<i>fentanyl</i> .....	61	FIRDAPSE .....	87
EUCERIN.....	134	<i>fentanyl citrate</i> .....	61	FIRMAGON KIT W	
EUCERIN ADVANCED		<i>fentanyl citrate (pf)</i> .....	61	DILUENT SYRINGE .....	49
REPAIR HAND .....	134	<i>feosol</i> .....	225	FIRST AID ANTIBIOTIC .	125
EUCERIN SKIN CALMING		FEOSOL.....	225	FIRST AID	
.....	134	FERAHEME .....	225	ANTISEPTIC(POVIDONE)	
<i>euthyrox</i> .....	141	<i>ferate</i> .....	225	.....	125
<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	49	FERGON .....	225	<i>fish oil</i> .	203, 204, 205, 206, 209
<i>everolimus</i>		FER-IN-SOL .....	225	FISH OIL...203, 204, 205, 206,	
( <i>immunosuppressive</i> ).....	49	FERIVA 21-7 .....	225	207, 209	
EVOTAZ.....	6	FERIVA FA (WITH		<i>fish oil extra strength</i> .....	206
<i>exemestane</i> .....	49	SUMALATE).....	225	FISH OIL PEARLS .....	206
EXTREME OMEGA-3 .....	204	<i>ferosul</i> .....	225	<i>fish oil-dha-epa</i> .....	226
<i>eye health plus lutein</i> .....	224	<i>ferrex 150</i> .....	225	<i>flac otic oil</i> .....	91
EYE HEALTH PLUS		<i>ferric x-150</i> .....	225	FLANDERS BUTTOCKS .	134
LUTEIN .....	217, 225	FERRLECIT.....	118	FLAVOR SWEET-SF .....	118
<i>eye itch relief</i> .....	99, 101	<i>ferro-time</i> .....	225	<i>flavoxate</i> .....	185
EYE MULTIVITAMIN .....	225	<i>ferrous gluconate</i> .....	217, 225,	<i>flecainide</i> .....	13
EYLEA.....	99	226, 231		FLEET BISACODYL .....	26
<i>ezetimibe</i> .....	15	<i>ferrous sulfate</i> ....	217, 226, 231,	<i>fleet enema</i> .....	26
<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	15	232, 238, 239		FLEET MINERAL OIL .....	26
<i>ezfe 200</i> .....	225	FERROUS SULFATE, DRIED		FLEET PEDIATRIC .....	26
<b>F</b>		(BULK) .....	226	FLEXICHAMBER .....	180
FA-8 .....	225	<i>fesoterodine</i> .....	185	FLEXICHAMBER-LG	
FABRAZYME .....	142	FETZIMA.....	80	CHILD MASK .....	180
<i>falmina (28)</i> .....	92	<i>feverall</i> .....	67	FLEXICHAMBER-SM	
<i>famciclovir</i> .....	6	FEVERALL.....	67	ADULT MASK .....	180
<i>famotidine</i> .....	39	<i>fe-vite</i> .....	238	FLEXICHAMBER-SM	
<i>famotidine (pf)</i> .....	39	<i>fexofenadine</i> .....	159, 163, 170	CHILD MASK .....	180
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	39	<i>fexofenadine-pseudoephedrine</i>		FLINTSTONES COMPLETE	
FANAPT .....	80	.....	159	.....	227
FANTASY CONDOM.....	180	<i>fiber (calcium polycarbophil)</i>		FLINTSTONES COMPLETE	
FARXIGA .....	143	.....	25, 34	(FE SULF).....	226
FASENRA.....	174	<i>fiber laxative(methylcellulos)</i>		FLINTSTONES COMPLETE	
FASENRA PEN .....	174	.....	34	(IRON).....	227
FAST ACTING NASAL.....	90	<i>fiber therapy (m-cell/sugar)</i> .	25	FLINTSTONES GUMMIES	
FC2 FEMALE CONDOM .	180	<i>fiber therapy (m-cellulose)</i> ...	25	.....	227
<i>febuxostat</i> .....	152	<i>fiber therapy (psyllium-sucro)</i>		FLINTSTONES GUMMIES	
<i>felbamate</i> .....	73	.....	25	OMEGA-3 .....	227
<i>felodipine</i> .....	18	<i>fiber-lax</i> .....	26	FLINTSTONES MULTI-VIT	
<i>fenofibrate</i> .....	15	<i>fiber-tabs</i> .....	25	GUMMIES .....	227
<i>fenofibrate micronized</i> .....	15	<i>finasteride</i> .....	185	FLINTSTONES	
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .	15	<i>finger cream</i> .....	135	MULTIVITAMIN .....	227
<i>fenofibric acid</i> .....	15	<i>fungolimod</i> .....	87	FLINTSTONES PLUS	
<i>fenofibric acid (choline)</i> .....	15	FINTEPLA .....	74	CALCIUM.....	226

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

FLINTSTONES SOUR	FLU-SEVERE COLD-	GALZIN .....	192
GUMMIES .....	COUGH DAYTIME .....	GAMASTAN .....	43
FLINTSTONES TAB CHEW	160	<i>ganciclovir sodium</i> .....	6
.....	<i>fluticasone propionate</i> 174, 175	GARDASIL 9 (PF) .....	43
FLINTSTONES WITH IRON	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	<i>gas relief (simethicone)</i> .26, 28,	
.....	.....	34	
FLINTSTONES/EXTRA C227	<i>fluvastatin</i> .....	GAS RELIEF	
FLONASE ALLERGY	<i>fluvoxamine</i> .....	(SIMETHICONE) .....	34
RELIEF .....	<i>folic acid</i> ....217, 227, 228, 229,	<i>gas relief 80 (simethicone)</i> ...27	
FLORAJEN ACIDOPHILUS	240, 242, 243	<i>gas relief extra strength</i> .26, 28,	
.....	FOLIC ACID.....	31, 34	
FLORAJEN WOMEN .....	FOLIC ACID (BULK) .....	<i>gas relief ultra strength</i> ..26, 27	
<i>floranex</i> .....	FOLITE .....	GAS-X EXTRA STRENGTH	
FLORANEX.....	<i>folivane-f</i> .....	.....	26
FLORIVA.....	FOLOTYN .....	GAS-X ULTRA-STRENGTH	
FLORIVA (FLUORIDE-	FOLTRATE.....	.....	26
VITAMIN D3) .....	<i>fomepizole</i> .....	<i>gatifloxacin</i> .....	97
FLORIVA PLUS.....	<i>fondaparinux</i> .....	GATTEX 30-VIAL .....	26
FLOWFLEX COVID-19 AG	<i>formoterol fumarate</i> .....	GATTEX ONE-VIAL .....	26
HOME TEST.....	FOSAMAX PLUS D.....	GAUZE PAD.....	180
<i>floxuridine</i> .....	<i>fosamprenavir</i> .....	<i>gavilax</i> .....	26, 27
FLU HBP.....	<i>fosaprepitant</i> .....	<i>gavilyte-c</i> .....	27
<i>fluconazole</i> .....	<i>fosinopril</i> .....	<i>gavilyte-g</i> .....	27
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .2	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	<i>gavilyte-n</i> .....	27
<i>flucytosine</i> .....	.....	GAVICON .....	27
<i>fludarabine</i> .....	<i>fosphenytoin</i> .....	GAVICON EXTRA	
<i>fludrocortisone</i> .....	FOTIVDA .....	STRENGTH .....	27
<i>flumazenil</i> .....	<i>fraiche 5000</i> .....	GAVRETO .....	50
<i>flunisolide</i> .....	FREEDAVITE .....	GAZYVA .....	50
<i>fluocinolone</i> .....	FRESHKOTE.....	<i>gefitinib</i> .....	50
<i>fluocinolone acetonide oil</i> ....91	FRUCTOSE (BULK) .....	<i>gemcitabine</i> .....	50
<i>fluocinolone and shower cap</i>	FRUZAQLA.....	GEMCITABINE.....	50
.....	<i>full spectrum b-vitamin c</i> ....228	<i>gemfibrozil</i> .....	15
<i>fluocinonide</i> .....	<i>fulvestrant</i> .....	GENABIO COVID-19 RAPID	
<i>fluocinonide-emollient</i> .....	<i>fungoid tincture</i> .....	AT-HOME.....	180
<i>fluoride (sodium)</i> ..89, 227, 243	<i>furosemide</i> .....	GENADEK.....	228
<i>fluorometholone</i> .....	FUSION PLUS .....	GENADEK STEP 1 .....	228
<i>fluorouracil</i> .....	FUZEON .....	GENADEK STEP 2 .....	228
<i>fluoxetine</i> .....	FYARRO.....	<i>generlac</i> .....	27
<i>fluoxetine (pmd)</i> .....	<i>fyavolv</i> .....	<i>engraf</i> .....	50
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	FYCOMPA.....	<i>gentamicin</i> .....	3, 97, 125
<i>fluphenazine hcl</i> .....	<b>G</b>	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..3	
<i>flurbiprofen</i> .....	<i>gabapentin</i> .....	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..3	
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	<i>galantamine</i> .....	GENTEAL TEARS	
	<i>gallifrey</i> .....	MODERATE.....	99

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

GENTEAL TEARS MODERATE (PF)..... 99	GVOKE ..... 144	<i>hematogen fa</i> .....230
GENTEAL TEARS SEVERE GEL ..... 99	GVOKE HYPOPEN 1-PACK ..... 144	HEMOCYTE-PLUS .....230
GENTEAL TEARS SEVERE GEL DROPS ..... 99	GVOKE HYPOPEN 2-PACK ..... 144	HEMORRHOIDAL(PE-MIN OIL-PETRO) .....27
GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT).... 99	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE..... 144	<i>heparin (porcine)</i> .....21
<i>gentle laxative (bisacodyl)</i> ..27, 28, 31, 34	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE..... 144	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i> 21
GENVOYA ..... 6	<b>H</b>	<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i> .....21
GILOTRIF..... 50	<i>hair, skin and nails advanced</i> .....229	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i> .....21
<i>glatiramer</i> ..... 87	HAIR, SKIN AND NAILS ADVANCED.....230	HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL.....21
<i>glatopa</i> ..... 87	HAIR, SKIN AND NAILS- ARGAN OIL .....230	<i>heparin, porcine (pf)</i> .....22
GLEOSTINE..... 50	<i>hair,skin and nails</i> .....242	HEPARIN, PORCINE (PF)..22
<i>glimepiride</i> ..... 143, 144	HAIR, SKIN AND NAILS(FA- BIOTIN) .....230	HEPLISAV-B (PF).....43
<i>glipizide</i> ..... 144	HAIR-SKIN-NAIL(VIT A,C- BIOTIN) .....230	<i>her style</i> .....92
<i>glipizide-metformin</i> ..... 144	HAIR-SKIN-NAILS (MV-FA- BIOTIN) .....230	HIBERIX (PF).....43
<i>glucose</i> ..... 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123	HALAVEN..... 50	<i>hi-cal plus vit d</i> .....199
<i>glucose gel</i> ..... 116, 123	<i>halobetasol propionate</i> ..... 129	HI-D DROP .....230
GLUTAMINE ..... 120	<i>haloperidol</i> .....80	<i>high potency iron</i> .....240
GLUTAMINE (BULK)..... 120	<i>haloperidol decanoate</i> .....80	HIGH POTENCY IRON ...240
<i>glutamine (sickle cell)</i> ..... 118	<i>haloperidol lactate</i> .....80, 81	<i>high potency multivit (w-iron)</i> .....230
GLUTATHIONE (BULK). 120	HARD NAILS .....230	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN .....230
<i>glutose-5</i> ..... 118	HARVONI..... 6	HISTEX (TRIPROLIDINE) .....162
<i>glycerin</i> ..... 134	HAVRIX (PF) .....43	HISTEX DM .....162
GLYCERIN..... 134	HEAD CONGESTION- MUCUS .....162	HISTEX PD .....162
<i>glycerin (bulk)</i> ..... 134	<i>healthy eyes</i> .....229, 230	HIZENTRA .....43
<i>glycine urologic</i> ..... 184	HEALTHY EYES .....230	<i>honey bears multivitamin</i> ...230
<i>glycine urologic solution</i> .... 184	HEALTHY EYES LUTEIN- ZEAXANTHIN .....230	<i>honey bears with iron-zinc</i> .230
<i>glycopyrrolate</i> .....37	HEALTHY EYES SUPERVISION2 .....230	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 .....144
<i>glycopyrrolate (pf) in water</i> .37	<i>healthylax</i> .....27	HUMALOG KWIKPEN INSULIN .....144
<i>glydo</i> ..... 134	<i>heartburn antacid</i> .....31	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....144
GLYXAMBI ..... 144	HEARTBURN RELIEF.....27	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....144
GRALISE ..... 74	<i>heartburn relief (famotidine)</i> 39	HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN .....144
<i>granisetron (pf)</i> .....27	<i>heather</i> .....94	HUMALOG U-100 INSULIN .....144
<i>granisetron hcl</i> .....27	HEMATEX .....230	
GRAPE FLAVOR (BULK)104		
<i>griseofulvin microsize</i> .....2		
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ....2		
<i>guaifenesin</i> ..... 161		
<i>guaifenesin ac</i> ..... 161		
<i>gummi bear multivitamin</i> ...230		
GUMMY DINOS ..... 217		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

HUMIRA (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) .....	149	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 61	(PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) .....	150
HUMIRA PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) .....	149	<i>hydrocodone-chlorpheniramine</i> .....	163	HYRIMOZ(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314) .....
HUMIRA(CF) (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) .....	149	<i>hydrocodone-homatropine</i> .	163	150
HUMIRA(CF) PEN (ONLY NDCS STARTING WITH 00074).....	149	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	61	<b>I</b>
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (ONLY NDCS STARTING WITH 00074).....	149	<i>hydrocortisone</i> .....28, 129, 130, 140		<i>ibandronate</i> .....152
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC (ONLY NDCS STARTING WITH 00074).....	149	<i>hydrocortisone acetate</i> 129, 130		IBRANCE.....50
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (ONLY NDCS STARTING WITH 00074).....	149	<i>hydrocortisone plus</i> .....	130	<i>ibu</i> .....
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN .....	144	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...91		<i>ibuprofen</i> .....67, 68, 69, 71, 72
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN .....	145	<i>hydrocortisone-aloe vera</i> ...	130	<i>ibuprofen cold-sinus(with pse)</i> .....
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN .....	145	<i>hydrolatum</i> .....	135	168
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN.....	145	<i>hydromet</i> .....	163	<i>ibuprofen ib</i> .....
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN .....	145	<i>hydromorphone</i> .....	62	72
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN .....	145	<i>hydromorphone (pf)</i> .....	62	<i>ibuprofen jr strength</i> .....
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN .....	145	<b>HYDROPHILIC</b>		69
HYCODAN.....	163	<b>PETROLATUM</b> .....	135	<i>ibutilide fumarate</i> .....
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) .....	163	<b>HYDROPHOR</b> .....	135	13
<i>hydralazine</i> .....	18	<b>HYDROUS EMULSIFIED</b>		ICAR.....231
<i>hydralyte</i> .....	193	<b>BASE</b> .....	135	<i>icatibant</i> .....
HYDRASYN25.....	135	<i>hydroxocobalamin</i> .....	230	175
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	18	<b>HYDROXOCOBALAMIN (BULK)</b> .....	231	ICLUSIG .....
		<i>hydroxychloroquine</i> .....	3	50
		<i>hydroxyurea</i> .....	50	<i>icosapent ethyl</i> .....
		<i>hydroxyzine hcl</i> .....	163	15
		<b>HYPERHEP B</b> .....	43	<i>idarubicin</i> .....
		<b>HYPERHEP B NEONATAL</b> .....	43	50
		<b>HYPROMELLOSE</b> .....	99	IDEAL BOWEL SUPPORT 37
		<b>HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314)</b> .....	150	IDHIFA.....50
		<b>HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314)</b> .....	150	<i>ifosfamide</i> .....
		<b>HYRIMOZ(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 61314)</b> .....	150	50
		<b>HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER</b>		IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST .....
				180
				ILARIS (PF) .....
				41
				<i>imatinib</i> .....
				50
				IMBRUVICA .....
				50, 51
				IMDELLTRA .....
				51
				IMFINZI .....
				51
				<i>imipenem-cilastatin</i> .....
				3
				<i>imipramine hcl</i> .....
				81
				<i>imipramine pamoate</i> .....
				81
				<i>imiqimod</i> .....
				135
				IMJUDO .....
				51
				IMMUNE SUPPORT .....
				207
				IMOVAX RABIES VACCINE (PF) .....
				43
				IMVEXXY MAINTENANCE PACK .....
				95
				IMVEXXY STARTER PACK .....
				95
				INBRIJA.....
				60

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>incassia</i> .....	95	INVEGA TRINZA.....	81	JANUMET XR.....	145
INCRELEX.....	119	INVELTYS.....	98	JANUVIA.....	145
<i>indapamide</i> .....	18	IPOL.....	43	JARDIANCE.....	145
INDICAID COVID-19 AG		<i>ipratropium bromide</i> ....	89, 175	<i>jasmiel (28)</i> .....	92
HOME TEST.....	180	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	175	JAYPIRCA.....	51
INFANRIX (DTAP) (PF).....	43	<i>irbesartan</i> .....	18	JEMPERLI.....	51
<i>infant pain reliever</i> .....	70	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	18	<i>jencycla</i> .....	95
<i>infant's acetaminophen</i> .....	69	.....	18	JENTADUETO.....	145
<i>infants gas relief</i> .....	28, 34	<i>irinotecan</i> .....	51	JENTADUETO XR.....	145
<i>infant's ibuprofen</i> 68, 69, 70, 72		<i>iron</i> .....	229, 231, 242	JEVTANA.....	51
<i>infants' pain and fever</i> ... 68, 70,		<i>iron (ferrous sulfate)</i> .	217, 224,	<i>jinteli</i> .....	95
71, 72		232		<i>jock itch (terbinafine)</i> .....	126
<i>infants' pain relief</i> .....	70	<i>iron chews</i> .....	232	<i>jolessa</i> .....	92
<i>infants simethicone</i> .....	28	IRONUP.....	232	<i>juleber</i> .....	92
INFANT-TODDLER		IROSPAN 24/6.....	232	JULUCA.....	7
MULTIVITAMIN.....	231	IS-D-10,000.....	232	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-	
<i>infant-toddler multivit-iron</i> 231		ISENTRESS.....	7	PROBIOTIC.....	232
INFED.....	231	ISENTRESS HD.....	7	JUXTAPID.....	15
INFUVITE ADULT.....	231	<i>isibloom</i> .....	92	JYLAMVO.....	51
INFUVITE PEDIATRIC... 231		ISOLEUCINE (BULK).....	207	JYNNEOS (PF).....	43
INGREZZA.....	87	ISOLYTE S PH 7.4.....	207	<b>K</b>	
INGREZZA INITIATION		ISOLYTE-P IN 5 %		KADCYLA.....	51
PK(TARDIV).....	87	DEXTROSE.....	207	KALA.....	37
INGREZZA SPRINKLE.....	87	ISOLYTE-S.....	207	<i>kalliga</i> .....	92
INJECTAFER.....	231	<i>isoniazid</i> .....	3	KALYDECO.....	175
INLYTA.....	51	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	17	KANUMA.....	142
INPEFA.....	145	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	17	<i>kariva (28)</i> .....	92
INQOVI.....	51	<i>isosorbide-hydralazine</i> .....	18	<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	92
INREBIC.....	51	<i>isotretinoin</i> .....	140	<i>kelnor 1/50 (28)</i> .....	92
INSECT REPELLENT		<i>isradipine</i> .....	18	KEPIVANCE.....	44
(DEET).....	133	ISTODAX.....	51	KERADAN.....	135
INSECT REPELLENT		<i>itch relief</i> .....	135	KERENDIA.....	18
(PICARIDIN).....	135	ITCH RELIEF.....	134, 135	KESIMPTA PEN.....	87
INSULIN LISPRO.....	145	<i>itraconazole</i> .....	2	<i>ketoconazole</i> .....	2, 127
INSULIN SYRINGE-		<i>ivabradine</i> .....	14	KETO-DIASTIX.....	145
NEEDLE U-100.....	180	<i>ivermectin</i> .....	3, 130, 140	KETONE CARE.....	143
INTEGRA F.....	231	<i>i-vite</i> .....	232	<i>ketorolac</i> .....	96
INTEGRA PLUS.....	231	IWILFIN.....	51	<i>ketotifen fumarate</i> .....	99
INTELENCE.....	7	IXCHIQ (PF).....	43	KEYTRUDA.....	51
INTELISWAB COVID-19		IXEMPRA.....	51	KHAPZORY.....	44
HOME TEST.....	180	IXIARO (PF).....	43	KIDS' GUMMY.....	217
<i>intralipid</i> .....	207	<b>J</b>		KIDS MULTIVITAMIN-	
<i>introvale</i> .....	92	JAKAFI.....	51	MINERALS.....	232
INVEGA HAFYERA.....	81	<i>jantoven</i> .....	22	<i>kids vitamin d3</i> .....	232
INVEGA SUSTENNA.....	81	JANUMET.....	145	KIMMTRAK.....	51

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON ..... 180	<i>lactobacillus acidophilus</i> ...202, 203, 209	<i>levocarnitine</i> .....120
KIMONO MICROTHIN CONDOMS ..... 181	LACTOBACILLUS	LEVOCARNITINE (BULK) .....120
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS..... 181	ACIDOPHILUS ....201, 202, 209	<i>levocarnitine (with sugar)</i> ..120
KIMONO TEXTURED CONDOMS ..... 181	LACTOBACILLUS	<i>levocetirizine</i> .....163
KIMONO THIN	ACIDOPH-L.BULGAR .207	<i>levofloxacin</i> .....12, 97
LUBRICATED CONDOMS ..... 181	LACTOSE (BULK) .. 119, 120	<i>levofloxacin in d5w</i> .....12
<i>kinderlyte</i> ..... 193	<i>lactulose</i> .....28	<i>levoleucovorin calcium</i> .....44
KINRIX (PF)..... 43	LAGEVRIO (EUA).....7	<i>levonest (28)</i> .....92
<i>kionex (with sorbitol)</i> ..... 119	<i>lamisil at</i> .....127	<i>levonorgestrel</i> .....92
KISQALI..... 52	<i>lamivudine</i> .....7	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....92, 93
KISQALI FEMARA CO- PACK ..... 51, 52	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....7	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 93
<i>klayesta</i> ..... 127	<i>lamotrigine</i> .....74, 75	<i>levora-28</i> .....93
<i>klor-con 10</i> ..... 193	LANOLIN (HPA)..... 135	<i>levo-t</i> .....141
<i>klor-con 8</i> ..... 193	<i>lanreotide</i> .....52	<i>levothyroxine</i> .....141
<i>klor-con m10</i> ..... 193	<i>lansoprazole</i> .....39, 40, 41	<i>levoxyl</i> .....141
<i>klor-con m15</i> ..... 193	LANTUS SOLOSTAR U-100	L-GLUTAMINE.....120
<i>klor-con m20</i> ..... 193	INSULIN ..... 145	LIBERVANT .....75
<i>klor-con oral packet 20</i> ..... 193	LANTUS U-100 INSULIN 145	LIBTAYO.....52
<i>klor-con/ef</i> ..... 193	<i>lapatinib</i> .....52	<i>lice killing</i> ..... 130, 131
<i>konsyl sugar-free</i> ..... 28	<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....92	<i>lice killing (permethrin)</i> .....130
KORLYM..... 142	<i>larin 1/20 (21)</i> .....92	<i>lice treatment</i> .....131
KOSELUGO ..... 52	<i>larin 24 fe</i> .....92	<i>lice treatment (permethrin)</i> .131
<i>kourzeq</i> .....89	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....92	<i>lidocaine</i> .....135
K-PAX IMMUNE SUPPORT ..... 232	<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....92	LIDOCAINE .....135
K-PHOS NO 2..... 184	<i>latanoprost</i> .....98	<i>lidocaine (pf)</i> .....13, 135
K-PHOS ORIGINAL ..... 184	<i>laxative (bisacodyl)</i> .....28, 29	<i>lidocaine hcl</i> .....135
<i>k-phos-neutral</i> ..... 193	<i>laxative (sennosides)</i> .....28	<i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i> .....13
KRAZATI ..... 52	LAZCLUZE ..... 52	<i>lidocaine viscous</i> .....135
<i>kurvelo (28)</i> ..... 92	L-CITRULLINE.....207	<i>lidocaine-epinephrine</i> .....135
KYPROLIS ..... 52	<i>leflunomide</i> ..... 150	<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i> ..135
<b>L</b>	<i>lenalidomide</i> .....52	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....135
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> 92	LENVIMA.....52	<i>lidocan iii</i> .....135
<i>l.acidophilus-bifido.longum</i> .36	<i>lessina</i> .....92	<i>lidocan iv</i> .....135
<i>labetalol</i> ..... 18, 19	<i>letrozole</i> .....52	<i>lidocan v</i> .....136
<i>lacosamide</i> ..... 74	<i>leucovorin calcium</i> .....44	<i>lincomycin</i> .....3
<i>lactated ringers</i> ..... 123, 193	LEUKERAN .....52	<i>linezolid</i> .....4
<i>lactobac acidoph-fructooligos</i> ..... 36	LEUKINE.....41	<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....4
	<i>leuprolide</i> .....52	<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> .....4
	<i>levabuterol hcl</i> .....175	LINZESS .....29
	<i>levetiracetam</i> ..... 75	LIORESAL.....85
	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i> .....75	<i>liothyronine</i> .....141
	<i>levobunolol</i> .....97	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

LIP BALM BASE (BULK) 136	LUBRICANT EYE (PROPYL GLYCOL) ..... 99	<i>magnesium citrate</i> ...28, 31, 32, 34
LIQ-10..... 207	<i>lubricant eye drops</i> ..... 99	MAGNESIUM CITRATE..194
LIQUID CALCIUM WITH VITAMIN D..... 194	LUBRICANT EYE DROPS 99	<i>magnesium gluconate</i> ..... 194
<i>lisinopril</i> ..... 19	<i>lubricating plus</i> ..... 99, 100, 101	MAGNESIUM GLUCONATE .....
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ..... 19	<i>lubrifresh pm</i> ..... 100	.....194
L-ISOLEUCINE..... 207	LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST ..... 181	<i>magnesium hydroxide</i> .....30
<i>lithium carbonate</i> ..... 81	LUMAKRAS..... 53	MAGNESIUM L-LACTATE .....
<i>lithium citrate</i> ..... 81	LUMIGAN ..... 98	.....29
<i>little remedies</i> ..... 89	LUMIZYME ..... 142	<i>magnesium oxide</i> .29, 192, 194, 195, 199
LITTLE REMEDIES SALINE MIST ..... 89	LUNSUMIO..... 53	MAGNESIUM OXIDE .....29, 192, 194, 195
<i>lohist - d</i> ..... 163	LUPRON DEPOT ..... 53	<i>magnesium sulfate</i> ..... 195
<i>lohist-dm</i> ..... 163	<i>lurasidone</i> ..... 82	MAGNESIUM SULFATE IN D5W .....
LOKELMA ..... 120	<i>lutra (28)</i> ..... 93	.....195
LOLLIBASE ..... 120	L-VALINE ..... 207	<i>magnesium sulfate in water</i> 195
LONSURF..... 52	<i>lyleq</i> ..... 95	MAGOX ..... 195
<i>loperamide</i> ..... 37	<i>lyllana</i> ..... 95	MAGTAB ..... 29
LOPERAMIDE ..... 37	LYNPARZA..... 53	<i>malathion</i> ..... 131
<i>lopinavir-ritonavir</i> ..... 7	LYSINE HCL (BULK) ..... 207	<i>manganese chloride</i> ..... 195
LOQTORZI..... 52	<i>lysiplex plus</i> ..... 232	<i>mannitol 20 %</i> ..... 19
<i>loratadine</i> .. 156, 159, 162, 163, 164, 168, 170	LYSODREN..... 53	<i>mannitol 25 %</i> ..... 19
<i>lorata-dine d</i> ..... 170	LYTGOBI ..... 53	<i>mapap (acetaminophen)</i> ..... 70
<i>loratadine-d</i> ..... 164, 168, 170	LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN ..... 145	<i>mapap cold formula</i> ..... 164
<i>lorazepam</i> ..... 81, 82	LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN ..... 145	<i>maraviroc</i> ..... 7
<i>lorazepam intensol</i> ..... 81	LYUMJEV U-100 INSULIN ..... 145	MAR-COF BP ..... 164
LORBRENA ..... 53	<i>lyza</i> ..... 95	MAR-COF CG ..... 164
LORTUSS LQ..... 164	<b>M</b>	MARGENZA ..... 53
<i>loryna (28)</i> ..... 93	MACULAR HEALTH FORMULA ..... 232	<i>marlissa (28)</i> ..... 93
<i>losartan</i> ..... 19	<i>macuvite eye care</i> ..... 232	MARPLAN..... 82
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ..... 19	<i>mag 64</i> ..... 194	MATULANE..... 53
<i>loteprednol etabonate</i> ..... 98	MAG-AL ..... 29	<i>matzim la</i> ..... 19
<i>lovastatin</i> ..... 15	<i>mag-al plus</i> ..... 29	MAXICHLOR PEH DM... 164
<i>low-ogestrel (28)</i> ..... 93	<i>mag-al plus extra strength</i> ... 29	MAXI-DEET ..... 136
<i>loxapine succinate</i> ..... 82	MAG-DELAY ..... 194	MAXIFED ..... 164
<i>lo-zumandimine (28)</i> ..... 93	<i>mag-g</i> ..... 194	MAXIFED TR..... 164
<i>lubiprostone</i> ..... 29	<i>magnesium chloride</i> ..... 194	MAXIMIN PACK(WITH LYCOPENE)..... 232
LUBRICANT EYE ..... 99	MAGNESIUM CHLORIDE ..... 194	MAXIMUM D3..... 232
<i>lubricant eye (pg-peg 400)</i> .. 99, 101	MAGNESIUM CHLORIDE (BULK) ..... 194	<i>maxi-tuss ac</i> ..... 164
LUBRICANT EYE (PG-PEG 400)(PF) ..... 99, 102		MAXI-TUSS CD..... 164
		<i>maxi-tuss g</i> ..... 164
		<i>maxi-tuss gmx</i> ..... 164
		MAXI-TUSS JR ..... 164

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

MAXI-TUSS PE .....	164	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	43	<i>metirosine</i> .....	19
MAXI-TUSS PE JR .....	164	MEPSEVII.....	142	<i>mexiletine</i> .....	13
<i>maxi-tuss pe max</i> .....	164	<i>mercaptopurine</i> .....	53	<i>mgo</i> .....	195
<i>maxi-tuss tr</i> .....	164	MERIBIN .....	233	<i>micafungin</i> .....	2
<i>m-dryl</i> .....	164	<i>meropenem</i> .....	4	MICLARA DM .....	164
<i>meclizine</i> .....	29	<i>mesalamine</i> .....	29	MICLARA LQ .....	165
MEDI-LYTE .....	195	<i>mesalamine with cleansing</i> <i>wipe</i> .....	29	<i>miconazole nitrate</i> .....	96, 127
<i>medroxyprogesterone</i> .....	95	<i>mesna</i> .....	44	MICONAZOLE NITRATE..	95
<i>mefloquine</i> .....	4	MESNEX.....	44	<i>miconazole-3</i> .....	95, 96
MEGA BIOTIN.....	232	<i>metformin</i> .....	146	<i>miconazole-7</i> .....	95, 96
<i>mega multi for women</i> 229, 232		<i>methadone</i> .....	62	<i>miconazorb af</i> .....	127
<i>mega multivitamin for men</i> 229, 232		<i>methadone intensol</i> .....	62	<i>micotrin ac</i> .....	127
MEGAVITE .....	232	<i>methadose</i> .....	62	<i>micotrin al</i> .....	127
MEGAVITE GOLDEN YEARS 55 PLUS .....	232	<i>methazolamide</i> .....	98	<i>micotrin ap</i> .....	127
<i>megestrol</i> .....	53	<i>methenamine hippurate</i> .....	2	MICROCHAMBER .....	181
MEKINIST .....	53	<i>methenamine mandelate</i> .....	2	MICRODERM BASE CREAM.....	136
MEKTOVI .....	53	<i>methimazole</i> .....	140	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....	93
<i>meloxicam</i> .....	70	METHOCEL E 4 M .....	100	<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....	93
<i>melfalan hcl</i> .....	53	<i>methotrexate sodium</i> .....	53	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> .....	93
<i>memantine</i> .....	87	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	53	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	93
MEN 50 PLUS ADVANCED ONE DAILY .....	217	<i>methoxsalen</i> .....	136	MICROLIFE PEAK FLOW METER.....	181
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN .....	232	<i>methsuximide</i> .....	75	MICROSOME BASE CREAM .....	136
MENACTRA (PF) .....	43	<i>methylcellulose 1500cps (bulk)</i> .....	120	MICROSPACER.....	181
M-END DMX .....	164	<i>methylcellulose 4000cps (bulk)</i> .....	120	<i>midodrine</i> .....	120
MENEST .....	95	METHYLCELLULOSE 4000CPS (BULK) .....	120	MIEBO (PF) .....	100
MENQUADFI (PF).....	43	<i>methylergonovine</i> .....	95	<i>mifepristone</i> .....	96, 142
MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA .....	232	<i>methylphenidate hcl</i> .....	82	<i>mili</i> .....	93
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN .....	232	<i>methylprednisolone</i> ....	140, 141	<i>milk of magnesia</i> .28, 30, 32, 34	
MEN'S DAILY .....	233	<i>methylprednisolone acetate</i>	140	<i>milk of magnesia concentrated</i> .....	30
MEN'S DAILY FORMULA .....	233	<i>methylprednisolone sodium</i> <i>succ</i> .....	141	<i>milltrium senior</i> .....	233
MEN'S DAILY GUMMIES .....	217	<i>metoclopramide hcl</i> .....	29	<i>milrinone</i> .....	14
MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES .....	233	<i>metolazone</i> .....	19	<i>milrinone in 5 % dextrose</i> .....	14
MEN'S ONE DAILY 217, 224, 240		<i>metoprolol succinate</i> .....	19	<i>mimvey</i> .....	95
MEN'S PACK .....	233	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> .....	19	<i>mineral oil</i> .....	30, 32
		<i>metoprolol tartrate</i> .....	19	<i>minerin creme</i> .....	136
		<i>metro i.v.</i> .....	4	MINERIN CREME .....	136
		<i>metronidazole</i> .....	4, 95, 140	MINI WRIGHT PEAK FLOW METER.....	181
		<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	<i>minocycline</i> .....	13
				<i>minoxidil</i> .....	19
				<i>mintox maximum strength</i> .....	30

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>mintox plus</i> .....	30	<i>mucinex d maximum strength</i>		<i>mucus relief dm max</i> .....	166
<i>miostat</i> .....	98	.....	165	<i>mucus relief er</i> ....	166, 169, 170
<i>mirabegron</i> .....	185	<i>mucinex dm</i> .....	165	MUCUS RELIEF ER .	166, 169
<i>mirtazapine</i> .....	82	MUCINEX DM.....	165	<i>mucus relief pe</i> .....	166
<i>misoprostol</i> .....	40	MUCINEX FAST-MAX		MUCUS-CHEST	
<i>mitomycin</i> .....	53	COLD-FLU .....	165	CONGESTION.....	167
<i>mitoxantrone</i> .....	53	MUCINEX FAST-MAX		MUCUS-ER MAX .....	160, 170
M-M-R II (PF).....	43	COLD-FLU-THRT .....	165	MULTAQ .....	13
<i>modafinil</i> .....	82	MUCINEX FAST-MAX		<i>multi complete with iron</i> .....	233
<i>moexipril</i> .....	19	COLD-NGHTSHFT .....	166	<i>multi for her</i> .....	233
MOISTURIZING CREAM	136	MUCINEX FAST-MAX		MULTI FOR HER.....	233
<i>molindone</i> .....	82	CONGEST-COUGH .....	165	MULTI FOR HER 50 PLUS	
<i>mometasone</i> .....	130, 175	MUCINEX FAST-MAX		.....	233
<i>mondoxyne nl</i> .....	13	CONG-HA (DM) .....	165	MULTI VITAMIN .....	233
MONJUVI.....	53	MUCINEX FAST-MAX		<i>multiple vitamin-minerals</i> ...	233
MONOCAPS.....	233	CONG-NGHTSHFT .....	166	<i>multiple vitamins</i> .....	233
MONOFERRIC.....	233	MUCINEX FAST-MAX		MULTISTIX 10 SG .....	146
<i>mono-lynyah</i> .....	93	DAY-NT(DOXYL) .....	166	<i>multi-vit with fluoride-iron</i> .	234
<i>montelukast</i> .....	175	<i>mucinex fast-max dm max</i> ..	165	<i>multivit with min-folic acid</i> ..	221
MOOD FOOD ES .....	207	MUCINEX NIGHTSHFT		MULTIVIT,CALC,MIN-FA-	
MORE-DOPHILUS .....	207	SEVR CLD-FLU .....	166	K1-LYCOP .....	236
<i>morphine</i> .....	62	MUCINEX NIGHTSHIFT		<i>multivitamin</i> .....	233, 234, 242
<i>morphine (pf)</i> .....	62	COLD-FLU .....	166	<i>multivitamin 50 plus</i> .....	239
<i>morphine concentrate</i> .....	62	MUCINEX NIGHTSHIFT		MULTIVITAMIN GUMMIES	
<i>motion sickness</i> .....	28, 34	SINUS .....	166	.....	233
<i>motion sickness (meclizine)</i> ..	34	<i>mucinex sinus-max</i> .....	89	<i>multi-vitamin with fluoride</i> .	234
<i>motion sickness relief</i> .....	30	MUCINEX SINUS-MAX		<i>multivitamin with folic acid</i>	233
<i>motion sickness relief(mecliz)</i>		CNG-PAIN(DM).....	166	<i>multivitamin with iron</i> .....	233
.....	30	MUCINEX SINUS-MAX		<i>multivitamin with minerals</i> .	233
<i>motion-time</i> .....	30	DAY-NIGHT.....	166	<i>multivitamin women 50 plus</i>	
MOUNJARO.....	146	MUCINEX SINUS-MAX DY-		.....	233
MOVANTIK.....	30	NT (DXYL).....	166	<i>multi-vitamins with iron</i> ....	233
<i>moxifloxacin</i> .....	12, 97	MUCINEX SINUS-MAX		MULTIVITAMIN-ZINC-	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		NITE CONGEST .....	166	STRESS .....	234
.....	12	MUCINEX SINUS-MAX		MULTI-VITE .....	234
MOZOBIL.....	41	PRESSURE-CGH .....	166	MULTIVIT-MIN-FERROUS	
<i>m-pap</i> .....	70	MUCINEX SINUS-MAX SEV		FUMARATE .....	233
MRESVIA (PF).....	43	CONGESTN.....	166	MULTIVIT-MIN-FOLIC	
<i>mucinex</i> .....	165	<i>mucus dm</i> .....	166	ACID-LUTEIN.....	233
MUCINEX .....	165	<i>mucus dm max er</i> 160, 163, 166		<i>multivit-min-iron fum-folic ac</i>	
MUCINEX COLD,FLU,SORE		<i>mucus relief</i> .....	166, 168	.....	233
THROAT.....	165	<i>mucus relief d (pseudoephed)</i>		<i>mupirocin</i> .....	125
<i>mucinex cough-chest congest</i>		.....	166	MURO 128 .....	100
<i>hb</i> .....	165	<i>mucus relief dm</i> .....	168	MVW COMPLETE FORMUL	
<i>mucinex d</i> .....	165	<i>mucus relief dm cough</i> .....	166	MULTIVIT .....	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 11/18/2024.

MVW COMPLETE FORMUL PEDIATRIC .....	234	NASADROPS .....	89	<i>neo-polycin hc</i> .....	98
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 .....	234	<i>nasal decongestant (oxymetazl)</i> .....	89	NEOQ10 .....	104
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 .....	234	<i>nasal decongestant (pe)</i> .....	160, 163, 167, 170	NEO-SYNEPHRINE (PHENYLEPHRINE).....	90
MX-SOL.....	120	<i>nasal decongestant</i> ( <i>pseudoeph</i> ) ...	160, 163, 167, 169, 170	<i>nephplex rx</i> .....	234
MX-SOL BLEND .....	104	<i>nasal four</i> .....	89	NEPHRO VITAMINS.....	234
MX-SOL BLEND SF.....	104	NASAL FOUR .....	89	NEPHRON FA .....	235
MX-SOL SF .....	120	<i>nasal mist</i> .....	89, 90	<i>nephronex</i> .....	235
MX-SOL SUSPEND.....	104	NASAL MIST .....	89	NEPHRO-VITE.....	235
<i>my choice</i> .....	93	<i>nasal moisturizing</i> .....	89	NERLYNX .....	54
<i>my way</i> .....	93	<i>nasal spray (oxymetazoline)</i>	89, 90	NEUPRO .....	60
MYALEPT .....	142	<i>nasal spray (sodium chloride)</i> .....	89	NEUTROGENA HAND ...	136
<i>mycophenolate mofetil</i> ....	53, 54	<i>nasal spray</i> <i>12hr(oxymetazoline</i> ...	89, 90	<i>nevirapine</i> .....	7
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .	53	<i>nasal spray extra moisturizing</i> .....	90	<i>new day</i> .....	93
<i>mycophenolate sodium</i> .....	54	<i>nasal spray sinus</i> .....	90	NEWFLORA.....	208
<i>mycozyl ac</i> .....	127	NASCOBAL .....	234	NEXLETOL .....	15
<i>mycozyl al</i> .....	127	NASOGEL .....	90	NEXLIZET .....	15
<i>mycozyl ap</i> .....	127	NASOPEN PE.....	167	NEXPLANON.....	96
MYFEMBREE .....	96	NATACYN .....	97	<i>niacin</i> .....	15, 16
MYHIBBIN.....	54	<i>nateglinide</i> .....	146	NIACIN .....	15
MYLOTARG .....	54	NATRAPEL .....	136	NIACIN (INOSITOL NIACINATE).....	16
MYRBETRIQ .....	185	<i>natural fiber laxative</i> .....	30	<i>niavasc</i> .....	16
<b>N</b>		<i>natura-lax</i> .....	32	<i>niavasc 750</i> .....	16
<i>nabumetone</i> .....	70	NAYZILAM.....	75	<i>nicardipine</i> .....	19
<i>nadolol</i> .....	19	<i>nebivolol</i> .....	19	NICODERM CQ .....	106
<i>nafacillin</i> .....	11	<i>nefazodone</i> .....	82	NICOMIDE (SELENIUM- CHROMIUM) .....	235
<i>nafacillin in dextrose iso-osm</i>	11	<i>nelarabine</i> .....	54	NICORETTE.....	106, 107
<i>naftifine</i> .....	127	<i>neomycin</i> .....	4	<i>nicotinamide (with chromium)</i> .....	235
NAGLAZYME.....	142	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	97	<i>nicotine</i> .....	106, 107, 108, 109
<i>nalbuphine</i> .....	70	<i>neomycin-bacitracin-</i> <i>polymyxin</i> .....	97	<i>nicotine (polacrilex)</i> ..	106, 107, 108, 109
<i>naloxone</i> .....	70	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> ...	124	NICOTINE (POLACRILEX) .....	106, 108, 109
<i>naltrexone</i> .....	70	<i>neomycin-polymyxin b-</i> <i>dexameth</i> .....	97	NICOTROL .....	109
NAMZARIC.....	87	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>gramicidin</i> .....	97	NICOTROL NS.....	109
NANO VM 1-3.....	234	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..	91, 98	<i>nifedipine</i> .....	19
NANO VM 4-8.....	234	<i>neo-polycin</i> .....	97	NIFEREX (SUMALATE- QUATREFOLIC) .....	235
NANOVM 9-18.....	234			<i>night time cold and flu relief</i> .....	167
NANOVM T-F.....	234			NIGHT TIME COLD AND FLU RELIEF.....	163, 167
<i>naproxen</i> .....	70				
<i>naproxen sodium</i> 68, 69, 70, 71, 72					
<i>naratriptan</i> .....	86				

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>nighttime cold-flu</i> .....	160, 167	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	93	OFF FAMILYCARE (WITH
NIGHTTIME COLD-FLU	167	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	93	DEET).....
NIGHTTIME COLD-FLU		<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	93	OFF FAMILYCARE(WITH
RELIEF .....	160, 167	<i>nortriptyline</i> .....	82	PICARIDIN).....
<i>nighttime cough</i> .....	161, 167	NORVIR.....	7	<i>ofloxacin</i> .....
<i>nikki (28)</i> .....	93	<i>nose drops</i> .....	89, 90	91, 97
<i>nilutamide</i> .....	54	NOVAFERRUM .....	235	OGSIVEO.....
<i>nimodipine</i> .....	19	NOVAMV .....	235	54
NINJACOF.....	167	NUBEQA .....	54	OJEMDA .....
NINJACOF-A .....	167	NUCALA .....	175	54
NINJACOF-XG .....	167	NUDEXTA .....	88	OJJAARA .....
NINLARO .....	54	NUFERA .....	235	55
<i>nisoldipine</i> .....	19	NU-IRON .....	235	<i>olanzapine</i> .....
<i>nitazoxanide</i> .....	4	NULOJIX .....	54	82
NITE TIME COLD-FLU ...	170	NU-MAG.....	195	<i>olanzapine-fluoxetine</i> .....
<i>nitisinone</i> .....	120	<i>numbcream</i> .....	136	82
<i>nitro-bid</i> .....	17	NUPLAZID .....	82	<i>olmesartan</i> .....
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...	2	NURTEC ODT.....	86	19
<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>		<i>nyamyc</i> .....	127	<i>olmesartan-amlodipin-</i>
<i>cryst</i> .....	2	<i>nystatin</i> .....	2, 127	<i>hcthiazid</i> .....
<i>nitroglycerin</i> .....	17, 30	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	127	19
<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>		<i>nystop</i> .....	127	<i>olmesartan-</i>
.....	17	NYVEPRIA.....	41	<i>hydrochlorothiazide</i> .....
NIVANEX DMX .....	167	<b>O</b>		19
NIVESTYM .....	41	OCALIVA .....	30	<i>olopatadine</i> .....
<i>nizatidine</i> .....	40	<i>octreotide acetate</i> .....	54	100
<i>no drip</i> .....	89, 90	<i>octreotide,microspheres</i> .....	54	<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i> .....
<i>nohist-dm</i> .....	167	OCULAR VITAMINS .....	235	16,
<i>nohist-lq</i> .....	167	<i>ocutabs</i> .....	235	205, 206, 208
<i>non-aspirin pain relief</i> .....	71	OCUVITE ADULT 50 PLUS		OMEGA 3-DHA-EPA-FISH
<i>nora-be</i> .....	95	.....	235	OIL .....
NOREL AD.....	167	OCUVITE EYE HEALTH.	235	204, 205, 206, 208
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>		OCUVITE EYE PLUS MULTI		208
.....	96	.....	235	OMEGA-3 .....
<i>norepinephrine bitartrate</i> .....	14	OCUVITE LUTEIN AND		208
<i>norethindrone (contraceptive)</i>		ZEAXANTHIN .....	235	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....
.....	95	OCUVITE WITH LUTEIN	235	16
<i>norethindrone acetate</i> .....	95	ODEFSEY .....	7	<i>omega-3 fatty acids</i> .....
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		ODOMZO .....	54	16
.....	93, 95	OFEV .....	175	<i>omega-3 fatty acids-fish oil</i>
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>		OFF ACTIVE .....	136	.....
.....	93	OFF DEEP WOODS .....	136	204, 205, 206, 208, 209
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>		OFF DEEP WOODS DRY.	136	OMEGA-3 FATTY ACIDS-
.....	93	OFF DEEP WOODS		FISH OIL.....
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	93	SPORTSMEN .....	136	208
				<i>omega-3s-dha-epa-fish oil</i> ..
				204
				OMEGA-3S-DHA-EPA-FISH
				OIL .....
				204, 205, 206, 208
				OMEGAPURE-600 EC.....
				208
				OMEGAPURE-780 EC.....
				208
				OMEGAPURE-900 EC.....
				208
				<i>omeprazole</i> .....
				39, 40, 41
				<i>omeprazole magnesium</i> ..
				39, 40
				OMERA.....
				208
				<i>omnicap</i> .....
				235
				OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO
				KT(GEN5).....
				181
				OMNIPOD 5 G6-G7 PODS
				(GEN 5) .....
				181
				OMNIPOD CLASSIC PODS
				(GEN 3) .....
				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 11/18/2024.

OMNIPOD DASH INTRO	ONE DAILY	ONE-A-DAY VITACRAVES
KIT (GEN 4) ..... 181	MULTIVITAMIN ..... 236	OMEGA-3 ..... 237
OMNIPOD DASH PODS	ONE DAILY	ONE-A-DAY
(GEN 4) ..... 181	MULTIVITAMIN-IRON	WEIGHTSMART ..... 237
OMNIPOD GO PODS ..... 181	..... 237	ONE-A-DAY WOMEN
OMNIPOD GO PODS 10	<i>one daily multivit-iron(folic)</i>	VITACRAVES ..... 237
UNITS/DAY ..... 181	..... 236	ONE-A-DAY WOMEN'S 50
OMNIPOD GO PODS 15	<i>one daily plus minerals</i> ..... 236	PLUS ..... 237
UNITS/DAY ..... 181	<i>one daily women 50 plus</i> .... 235	ONE-A-DAY WOMEN'S
OMNIPOD GO PODS 20	ONE DAILY WOMEN 50	ACTIVE ..... 237
UNITS/DAY ..... 181	PLUS ..... 236	ONE-A-DAY WOMEN'S
OMNIPOD GO PODS 25	ONE DAILY WOMEN 50	HEALTHY SKIN ..... 237
UNITS/DAY ..... 181	PLUS(VIT K) .217, 224, 230	ONE-A-DAY WOMEN'S
OMNIPOD GO PODS 30	ONE DAILY WOMEN'S ..217,	PETITES..... 237
UNITS/DAY ..... 181	236	ONE-DAILY MULTI ..... 237
OMNIPOD GO PODS 40	<i>one daily womens 50 plus</i> ... 236	<i>onelax senna</i> ..... 30
UNITS/DAY ..... 181	ONE DAILY WOMEN'S	ONE-PER-DAY OMEGA-3
OMNITROPE..... 41	METABOLISM..... 236	..... 208
ONCASPAS..... 55	ONE-A-DAY ENERGY .... 236	ON-GO COVID-19 AG AT
ONCOVITE ..... 235	<i>one-a-day essential</i> ..... 236	HOME TEST ..... 182
<i>ondansetron</i> ..... 30	ONE-A-DAY KID'S..... 236	ONIVYDE..... 55
<i>ondansetron hcl</i> ..... 30	ONE-A-DAY MEN	ONUREG ..... 55
<i>ondansetron hcl (pf)</i> ..... 30	VITACRAVES..... 236	<i>opcicon one-step</i> ..... 93
<i>one daily</i> ..... 236	ONE-A-DAY MENOPAUSE	OPDIVO ..... 55
<i>one daily calcium/iron</i> ..... 236	FORMULA ..... 236	OPDUALAG ..... 55
<i>one daily complete</i> ..... 235	ONE-A-DAY MEN'S 50	<i>opium tincture</i> ..... 37
<i>one daily essential</i> ..... 217, 235	PLUS ..... 236	OPSUMIT..... 175
ONE DAILY ESSENTIAL 235	ONE-A-DAY MEN'S	OPSYNVI..... 175
<i>one daily for men</i> ..... 235	50PLUS(GINKGO)..... 236	OPTICHAMBER DIAMOND
ONE DAILY FOR MEN... 236	ONE-A-DAY MEN'S	LG MASK ..... 182
<i>one daily for men 50 plus adv</i>	COMPLETE..... 236	OPTICHAMBER DIAMOND
..... 235	ONE-A-DAY MEN'S	VHC..... 182
<i>one daily for women</i> ..... 235	MULTIVITAMIN ..... 237	OPTICHAMBER DIAMOND-
ONE DAILY HEALTHY	ONE-A-DAY PROACTIVE	MED MSK..... 182
WEIGHT ..... 235	65 PLUS ..... 237	OPTICHAMBER DIAMOND-
<i>one daily maximum</i> ..... 236, 240	<i>one-a-day teen advantage</i> .. 237	SML MASK ..... 182
<i>one daily men's 50 plus</i>	ONE-A-DAY TEEN HER	<i>optimal d3</i> ..... 237
<i>memory</i> ..... 236	VITACRAVES..... 237	OPTIMAL D3 M..... 237
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS	ONE-A-DAY TEEN HIM	<i>option-2</i> ..... 93
W-D3 ..... 224, 236, 240	VITACRAVES..... 237	OPURITY MULTIVITAMIN
ONE DAILY MEN'S	ONE-A-DAY VITACRAVES	..... 237
HEALTH..... 217	..... 237	ORA-BLEND ..... 104
<i>one daily multi-vit w-mineral</i>	ONE-A-DAY VITACRAVES	ORA-BLEND SF..... 121
..... 236	IMMUNITY ..... 237	ORACIT ..... 184
<i>one daily multivitamin</i> 236, 237		ORAL MIX ..... 121

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

ORAL MIX SF.....	105	<i>oyster shell calcium 500</i> .....	196	PEDIA-LAX (MAG	
ORAL SUSPEND .....	121	<i>oyster shell calcium-vit d3</i> ..	196	HYDROXIDE) .....	26
ORAL SYRUP .....	121	OYSTER SHELL CALCIUM-		PEDIA-LAX STOOL	
ORAL SYRUP SF.....	121	VIT D3 .....	196	SOFTENER.....	26
<i>oralone</i> .....	90	OZEMPIC .....	146	<i>pedialyte</i> .....	197
<i>oralyte</i> .....	195	OZURDEX.....	98	PEDIALYTE ADVANCED	
ORAPENN SD SWEETENED		<b>P</b>		CARE .....	196
.....	121	<i>pacerone</i> .....	13	<i>pedialyte freezer pops</i> .....	197
ORAPENN SD		<i>paclitaxel</i> .....	55	<i>pedialyte singles</i> .....	196, 197
UNWEETENED .....	121	PADCEV .....	55	PEDIARIX (PF) .....	43
ORA-PLUS .....	105	<i>pain relief (acetaminophen)</i> 68,		<i>pediatric d-vite</i> .....	238
<i>ora-sweet</i> .....	121	69, 70, 71		<i>pediatric electrolyte</i> ...192, 193,	
ORA-SWEET SF .....	121	<i>pain relief es (acetaminophen)</i>		196, 197, 199	
ORAZINC .....	195	.....	68, 70	PEDIATRIC	
ORENCIA .....	151	<i>pain reliever (acetaminophen)</i>		MULTIVITAMIN NO.171	
ORENCIA (WITH		.....	69, 72	.....	238
MALTOSE).....	151	<i>pain reliever es(acetaminophn)</i>		PEDIATRIC PANDA MASK	
ORENCIA CLICKJECT ...	151	.....	68, 72	.....	182
ORGOVYX.....	55	<i>paliperidone</i> .....	82	PEDIATRIC POLY-VITE .	238
ORKAMBI .....	175	<i>palonosetron</i> .....	30	PEDIATRIC POLY-VITE	
ORSERDU .....	55	<i>pamidronate</i> .....	142	WITH IRON .....	238
OS-CAL 500 + D3 .....	195	PANDA MASK.....	182	PEDIATRIC TRI-VITE ....	238
<i>oseltamivir</i> .....	7	PANRETIN .....	136	PEDIAVANCE.....	197
<i>osmitrol 20 %</i> .....	19	<i>pantoprazole</i> .....	40	PEDIAVENT.....	167
OSTEO-VIT3 .....	237	<i>paraplatin</i> .....	55	PEDVAX HIB (PF).....	43
OTEZLA .....	151	<i>paricalcitol</i> .....	142	<i>peg 3350-electrolytes</i> .....	30
OTEZLA STARTER.....	151	<i>paromomycin</i> .....	4	<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	
OVEGA-3.....	209	<i>paroxetine hcl</i> .....	82	.....	31
OVIDREL .....	142	PARVLEX.....	237	PEGASYS .....	41
<i>oxacillin</i> .....	11	PAXLOVID.....	7	PEGBLEND .....	121
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>		<i>pazopanib</i> .....	55	<i>peg-electrolyte</i> .....	31
.....	11	PCCA EMOLLIENT BASE		PEMAZYRE.....	55
<i>oxaliplatin</i> .....	55	.....	136	<i>pemetrexed disodium</i> .....	55
<i>oxaprozin</i> .....	70	PEAK AIR PEAK FLOW		PEN NEEDLES (NON-	
<i>oxcarbazepine</i> .....	75	METER .....	182	PREFERRED BRANDS)	
OXERVATE .....	100	PEDI MULTIVIT NO.194-		.....	182
<i>oxybutynin chloride</i> .....	185	IRON SULF .....	238	PENBRAYA (PF) .....	43
<i>oxycodone</i> .....	63	<i>pedia d-vite</i> .....	238	<i>penciclovir</i> .....	128
<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...63		<i>pedia iron</i> .....	238	<i>penicillamine</i> .....	151
OXYCONTIN .....	63	PEDIA POLY-VITE .....	238	PENICILLIN G POT IN	
OXYTROL FOR WOMEN	185	PEDIA POLY-VITE WITH		DEXTROSE .....	11
<i>oysco 500/d</i> .....	195	IRON .....	238	<i>penicillin g potassium</i> .....	11
<i>oyster shell calcium</i> ....	196, 199	PEDIA TRI-VITE .....	238	<i>penicillin g sodium</i> .....	11
OYSTER SHELL CALCIUM		PEDIACLEAR PD.....	167	<i>penicillin v potassium</i> .....	11
.....	196	PEDIA-LAX.....	26	PENTACEL (PF).....	43

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>pentamidine</i> .....	4	PHOSPHO-TRIN K500 .....	184	POLYETHYLENE GLYCOL	
PENTASA.....	31	PHYTOBASE .....	137	8000(BULK).....	121
<i>pentobarbital sodium</i> .....	82	PHYTOMULTI.....	238	POLY-HIST DM	
<i>pentoxifylline</i> .....	22	<i>phytonadione (vitamin k1)</i> ....	22	(THONZYLAMINE) .....	168
<i>pentravan</i> .....	136	PHYTONADIONE		<i>poly-iron</i> .....	238
PENTRAVAN PLUS .....	136	(VITAMIN K1) .....	22	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	
<i>perindopril erbumine</i> .....	19	PIFELTRO .....	7	.....	97
<i>perlogard</i> .....	90	PIKO 1.....	182	<i>polysaccharide iron complex</i>	
PERJETA .....	55	<i>pilocarpine hcl</i> .....	100, 121	.....	238
<i>permethrin</i> .....	131	PILOT COVID-19 AT-HOME		POLY-TUSSIN AC.....	168
<i>perphenazine</i> .....	83	TEST .....	182	POLYTUSSIN	
PERSERIS.....	83	<i>pimecrolimus</i> .....	137	DM(DEXBROMPHENIRM	
PERSONAL BEST FULL		<i>pimozide</i> .....	83	N).....	168
RANGE .....	182	<i>pimtrea (28)</i> .....	93	POLY-VENT DM .....	168
<i>petrolatum</i> .....	137	<i>pinaway</i> .....	4	POLY-VENT IR.....	168
PFCB .....	137	<i>pindolol</i> .....	19	POLY-VI-FLOR DROPS...238	
<i>pfizerpen-g</i> .....	11	<i>pink bismuth</i> .....	37	<i>polyvinyl alcohol</i> .....	100
<i>pharbedryl</i> .....	167, 168	<i>pinworm treatment</i> .....	3, 4	<i>poly-vi-sol</i> .....	238
<i>pharbetol</i> .....	70	<i>pioglitazone</i> .....	146	POLY-VI-SOL .....	238
PHARMABASE.....	137	<i>piperacillin-tazobactam</i> .....	12	POLY-VI-SOL WITH IRON	
PHARMABASE COSMETIC		PIQRAY .....	55	.....	238
.....	137	<i>pirfenidone</i> .....	175	POLY-VITA DROPS .....	238
PHARMABASE LIGHT....	137	<i>piroxicam</i> .....	70	POLY-VITA WITH IRON.238	
PHARMABASE NATURAL		<i>pitavastatin calcium</i> .....	16	POMALYST.....	55
.....	137	PLAN B ONE-STEP .....	93	<i>portia 28</i> .....	93
PHARMABASE VAGINAL		PLASMA-LYTE A .....	209	PORTRAZZA.....	55
.....	137	PLEGRIDY .....	41, 42	<i>posaconazole</i> .....	2
PHAZYME.....	31	PLENAMINE.....	209	<i>potassium acetate</i> .....	198
<i>phenelzine</i> .....	83	<i>plerixafor</i> .....	42	POTASSIUM BROMIDE	
<i>phenobarbital</i> .....	75	POCKET CHAMBER.....	182	(BULK).....	198
<i>phenobarbital sodium</i> .....	75	POCKET PEAK FLOW		<i>potassium chlorid-d5-</i>	
<i>phentolamine</i> .....	19	METER .....	182	0.45%nacl.....	198
<i>phenylephrine hcl</i> .....	168	<i>podofilox</i> .....	137	<i>potassium chloride</i> .....	198
PHENYLEPHRINE-DM-		POLIVY .....	55	<i>potassium chloride in</i>	
GUAIFENESIN .....	159	<i>polocaine</i> .....	137	0.9%nacl.....	198
<i>phenytoin</i> .....	75	<i>polocaine-mpf</i> .....	137	<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	
<i>phenytoin sodium</i> .....	76	POLY BACITRACIN (ZINC)		.....	198
<i>phenytoin sodium extended</i> .75,		.....	125	<i>potassium chloride in lr-d5</i> 198	
76		POLY HIST FORTE .....	168	<i>potassium chloride in water</i> 198	
<i>philith</i> .....	93	<i>polycin</i> .....	97	<i>potassium chloride-0.45 %</i>	
<i>phlexy-vits</i> .....	238	<i>polyethylene glycol 1000(bulk)</i>		nacl .....	198
<i>phos-nak</i> .....	197	.....	121	<i>potassium chloride-d5-</i>	
<i>phospha 250 neutral</i> .....	197	<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	31	0.2%nacl .....	198
PHOSPHOLINE IODIDE..	100	POLYETHYLENE GLYCOL		<i>potassium chloride-d5-</i>	
<i>phosphorous supplement</i> ....	197	3350(BULK) .....	121	0.9%nacl.....	198

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>potassium citrate</i> .....	184	PREZISTA .....	7	PROMACTA .....	22
<i>potassium citrate-citric acid</i> .....	184	PRIFTIN .....	4	<i>promethazine</i> .....	168
<i>potassium iodide</i> .....	140	PRIMAQUINE .....	4	<i>promethazine vc</i> .....	168
<i>potassium phosphate m-/d-</i> <i>basic</i> .....	198	<i>primidone</i> .....	76	<i>promethazine-codeine</i> .....	168
<i>potassium, sodium phosphates</i> .....	198, 200	PRIMIDONE .....	76	<i>promethazine-dm</i> .....	168
POTELIGEO .....	55	PRIORIX (PF) .....	43	<i>propafenone</i> .....	13
<i>povidone-iodine</i> .....	125	PRIVIGEN .....	43	<i>propranolol</i> .....	19
PRALATREXATE .....	55	PRO COMFORT SPACER- ADULT MASK .....	182	PROPYLENE GLYCOL (BULK) .....	137
<i>pramipexole</i> .....	60	PRO COMFORT SPACER- CHILD MASK .....	182	<i>propylthiouracil</i> .....	140
<i>prasugrel</i> .....	22	PRO COMFORT SPACER- INFANT MASK .....	182	PROQUAD (PF) .....	43
<i>pravastatin</i> .....	16	PRO FE .....	239	PRORENAL .....	239
<i>praziquantel</i> .....	4	<i>probenecid</i> .....	152	PRORENAL QD .....	239
<i>prazosin</i> .....	19	<i>probenecid-colchicine</i> .....	152	<i>prosight</i> .....	239
PRECISION XTRA B- KETONE .....	182	<i>probiotic</i> .....	209	<i>protamine</i> .....	22
<i>prednicarbate</i> .....	130	PROBIOTIC .....	38	PROTECT CARDIO AF ...	239
<i>prednisolone</i> .....	141	PROBIOTIC ACIDOPHILUS .....	209	PROTECT IRON LIQUID .....	239
<i>prednisolone acetate</i> .....	98	PROBIOTIC ACIDOPHILUS- PECTIN .....	37, 38	PROTECT PLUS SO .....	239
<i>prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i> .....	98, 141	PROBIOTIC GOLD ACIDOPHILUS .....	209	<i>protriptyline</i> .....	83
<i>prednisone</i> .....	141	<i>procainamide</i> .....	13	PROXEED PLUS .....	239
<i>prednisone intensol</i> .....	141	PRO-CAL .....	239	<i>pseudoephedrine hcl</i> .....	168
<i>pregabalin</i> .....	76	PROCARE SPACER WITH ADULT MASK .....	182	<i>pseudoephedrine-guaifenesin</i> .....	162, 170
PREHEVBRIO (PF) .....	43	PROCARE SPACER WITH CHILD MASK .....	182	PULMICORT FLEXHALER .....	176
PREMARIN .....	95	PROCERV HP .....	239	PULMOZYME .....	176
<i>premasol 10 %</i> .....	209	<i>prochlorperazine</i> .....	31	PURE COMFORT SPACER- ADULT MASK .....	182
PREMPHASE .....	95	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	31	PURE L-CITRULLINE .....	209
PREMPRO .....	95	<i>prochlorperazine maleate oral</i> .....	31	PURECOMFORT PEAK FLOW METER .....	182, 183
<i>prenatal vitamin oral tablet</i> .....	238	PROCROT .....	42	<i>purevit dualfe plus</i> .....	239
PRESERVISION AREDS .....	239	<i>procto-med hc</i> .....	31	PURIXAN .....	56
PRESERVISION AREDS-2 .....	238, 239	<i>proctosol hc</i> .....	31	<i>pyrazinamide</i> .....	4
PRESERVISION LUTEIN .....	239	<i>proctozone-hc</i> .....	31	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	86
PRETTY FEET HANDS ...	137	<i>progesterone</i> .....	95	PYRIDOXINE (BULK) .....	239
PREVACID 24HR .....	40	<i>progesterone micronized</i> .....	95	<i>pyridoxine (vitamin b6)</i> .....	218, 239, 242, 244, 247
<i>prevalite</i> .....	16	PROGRAF .....	56	<i>pyrimethamine</i> .....	4
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS .....	90	PROLASTIN-C .....	121	<b>Q</b>	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH .....	90	PROLENSA .....	96	QINLOCK .....	56
PREVYMIS .....	7	PROLIA .....	152	<i>q-sorb co q-10</i> .....	105
PREZCOBIX .....	7			QTERN .....	146
				QUADRACEL (PF) .....	43
				<i>quetiapine</i> .....	83

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

QUFLORA .....	239	REFRESH LIQUIGEL.....	100	RETEVMO.....	56
QUFLORA FE .....	239	REFRESH OPTIVE .....	100	RETROVIR.....	7
QUFLORA FE (FERROUS SULFATE).....	239	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	100	REVCОВI .....	122
QUFLORA PEDIATRIC ..	239, 240	REFRESH OPTIVE ADVANCED (PF) .....	100	REVLIMID.....	56
QUFLORA PEDIATRIC DROPS .....	239, 240	REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF).....	101	<i>revonto</i> .....	86
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST .....	183	REFRESH OPTIVE SENSITIVE (PF).....	101	REXULTI.....	83
QUIN B STRONG .....	240	REFRESH PLUS.....	101	REYATAZ .....	7
<i>quinapril</i> .....	19	REFRESH RELIEVA .....	101	REZDIFFRA .....	122
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .....	19	REFRESH RELIEVA PF... 101		REZLIDHIA.....	56
<i>quinidine sulfate</i> .....	13	REFRESH TEARS.....	101	REZUROCK.....	56
<i>quinine sulfate</i> .....	4	REGRANEX .....	137	RHOPRESSA .....	98
QUINTABS.....	240	REJUVAFLOR .....	209	<i>ribavirin</i> .....	7
QUINTABS-M.....	240	RELENZA DISKHALER .....	7	RIDAURA.....	151
<i>quintabs-m iron free</i> .....	240	RELISTOR.....	32	<i>rifabutin</i> .....	4
QULIPTA.....	86	REMICADE.....	32	<i>rifampin</i> .....	4
QVAR REDIHALER.....	176	RENACIDIN .....	184	<i>riluzole</i> .....	122
<b>R</b>		<i>renal caps</i> .....	241	<i>rimantadine</i> .....	8
RABAVERT (PF) .....	43	RENAL VITAMIN .....	241	<i>ringer's</i> .....	124, 199
RADICAVA ORS .....	88	RENAPLEX.....	241	RINVOQ.....	151
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP.....	88	RENAPLEX-D.....	241	RINVOQ LQ .....	151
<i>raloxifene</i> .....	152	<i>rena-vite</i> .....	241	<i>risacal-d</i> .....	241
<i>ramelteon</i> .....	83	<i>rena-vite rx</i> .....	241	<i>risedronate</i> .....	122, 152
<i>ramipril</i> .....	19	<i>repaglinide</i> .....	146	RISPERDAL CONSTA .....	83
RANGER READY REPELLENT .....	137	REPATHA.....	16	<i>risperidone</i> .....	83
<i>ranolazine</i> .....	14	REPATHA PUSHTRONEX 16		<i>risperidone microspheres</i> .....	83
<i>rasagiline</i> .....	60	REPATHA SURECLICK ....	16	RITEFLO AEROCHAMBER .....	183
<i>ready-to-use enema</i> ..	25, 28, 34	REPEL.....	137	<i>ritonavir</i> .....	8
READY-TO-USE ENEMA (MIN OIL).....	28, 32, 34	REPEL 100.....	137	<i>rivastigmine</i> .....	88
<i>reclipsen (28)</i> .....	93	REPEL FAMILY .....	137	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	88
RECOMBIVAX HB (PF) ....	43	REPEL HUNTER'S.....	137	<i>rizatriptan</i> .....	86
RECTIV .....	32	REPEL LEMON EUCALYPTUS .....	137	<i>robafen cf (phenylephrine)</i> .	169
<i>reese's pinworm medicine</i> .....	4	REPEL SPORTSMEN.....	137, 138	<i>robafen dm</i> .....	169
REFRESH CELLUVISC ...	100	REPEL SPORTSMEN DRY .....	138	ROCKLATAN .....	98
REFRESH CLASSIC (PF). 100		REPEL SPORTSMEN MAX .....	138	<i>roflumilast</i> .....	176
REFRESH DIGITAL .....	100	REPEL TICK DEFENSE... 138		<i>romidepsin</i> .....	56
REFRESH DIGITAL PF....	100	<i>replesta</i> .....	241	<i>ropinirole</i> .....	60
REFRESH LACRI-LUBE..	100	REPLESTA NX .....	241	<i>rosuvastatin</i> .....	16
		RETACRIT .....	42	ROTARIX .....	43
				ROTATEQ VACCINE.....	43
				<i>roweepira</i> .....	76
				ROZLYTREK .....	56
				RUBRACA.....	56
				<i>rufinamide</i> .....	76
				RU-HIST D .....	169

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

RUKOBIA.....	8	SELZENTRY .....	8	<i>simvastatin</i> .....	16
RUXIENCE.....	56	<i>senexon-s</i> .....	32	SINUS CONGESTION AND	
RYBELSUS .....	146	<i>senior tabs</i> .....	241	PAIN.....	169
RYBREVANT .....	56	<i>senna</i> .....	28, 32, 33	SINUS CONGESTION-	
RYDAPT.....	56	SENNA.....	32	PAIN(GUAIF).....	169
<i>rydex</i> .....	169	<i>senna lax</i> .....	27, 33	SINUS HEADACHE PE...160,	
RYLAZE .....	56	<i>senna laxative</i> .....	33, 34	169	
RYMED		<i>senna plus</i> .....	27, 33	<i>sinus nasal spray</i> .....	89
(DEXCHLORPHENIRAMI		SENNA PLUS.....	33	SINUS PAIN-PRESSURE	
NE-PE).....	169	<i>senna-s</i> .....	33	(PE).....	160, 169
<i>rynex dm</i> .....	169	<i>senna-time s</i> .....	33	SINUS RELIEF	
<i>rynex pe</i> .....	169	<i>sennosides</i> .....	32, 33	(PHENYLEPHRINE).....	90
<i>rynex pse</i> .....	169	<i>sennosides-docusate sodium</i> .....	33	<i>sirolimus</i> .....	57
RYTELO.....	56	SENOKOT .....	33	SIRTURO .....	4
<b>S</b>		SENOKOT EXTRA		SKYRIZI .....	33, 128
<i>sajazir</i> .....	176	STRENGTH.....	33	<i>slo-niacin</i> .....	16
SALICYLIC ACID (BULK)		SENOKOT-S.....	33	SLO-NIACIN .....	16, 17
.....	124	<i>sentry</i> .....	241	SLOW FE .....	241
<i>saline mist</i> .....	90	<i>sentry senior</i> .....	241	<i>slow release iron</i> .....	217, 218, 224,
<i>saline nasal</i> .....	89, 90	<i>sertraline</i> .....	84	230, 241, 242	
SALINE NASAL (ALOE		<i>sesame oil</i> .....	122	SLOW RELEASE IRON ..	218,
VERA).....	90	<i>se-tan plus</i> .....	241	240, 241, 242, 243	
<i>saline nasal mist</i> .....	89	<i>setlakin</i> .....	94	SLOW-MAG .....	199
SALMON OIL-OMEGA-3		<i>sevelamer carbonate</i> .....	122	<i>smart heart omega-3</i> .....	209
FATTY ACIDS .....	209	SEVERE COLD AND FLU		<i>smooth antacid</i> .....	199
<i>salsalate</i> .....	71	(PE).....	161, 163, 169	<i>sodium acetate</i> .....	199
SANCUSO .....	32	SEVERE COLD AND FLU		SODIUM BENZOATE	
SANDOSTATIN LAR		NIGHTTIME.....	161	(BULK).....	90
DEPOT .....	56	SEVERE SINUS .....	170	<i>sodium benzoate-sod</i>	
SANTYL .....	138	<i>sf 90</i>		<i>phenylacet</i> .....	122
<i>sapropterin</i> .....	142	<i>sf 5000 plus</i> .....	90	<i>sodium bicarbonate</i> .....	34, 199
SARCLISA.....	56	<i>sharobel</i> .....	95	SODIUM BICARBONATE	
SAVELLA.....	151	SHINGRIX (PF).....	43	(BULK).....	34, 35
SAWYER CONTROLLED		SIGNIFOR.....	57	SODIUM BROMIDE (BULK)	
RELEASE .....	138	<i>siladryl sa</i> .....	169	.....	122
<i>saxagliptin</i> .....	146	<i>sildenafil (pulmonary arterial</i>		<i>sodium chloride</i> ..	101, 122, 200
<i>saxagliptin-metformin</i> .....	146	<i>hypertension)</i> .....	176	SODIUM CHLORIDE	
SCSEMBLIX.....	56, 57	<i>silodosin</i> .....	185	(BULK).....	200
<i>scopolamine base</i> .....	32	<i>siltussin sa</i> .....	169	<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....	200
<i>sebex</i> .....	124	<i>silver sulfadiazine</i> .....	138	<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	122
SECUADO .....	84	SIMBRINZA .....	98	<i>sodium chloride 3 %</i>	
SEGLUROMET .....	146	<i>simethicone</i> .....	33	<i>hypertonic</i> .....	200
<i>selegiline hcl</i> .....	60	SIMLANDI(CF)		<i>sodium chloride 5 %</i>	
SELENIOS ACID .....	199	AUTOINJECTOR .....	151	<i>hypertonic</i> .....	200
<i>selenium sulfide</i> .....	128	SIMULECT .....	57		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>sodium citrate-citric acid</i> .. 184, 185	<i>spectravite advanced formula</i> .....218	STRIBILD .....8
<i>sodium ferric gluconat-sucrose</i> ..... 122	SPECTRAVITE MEN 50 PLUS .....218	STRIVERDI RESPIMAT ..176
<i>sodium fluoride 5000 dry</i> mouth..... 90	<i>spectravite men's</i> .....218	STROVITE ONE.....243
<i>sodium fluoride 5000 plus</i> ....90	<i>spectravite women</i> .....218	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN.....138
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...90	<i>spectravite women 50 plus</i> .218	<i>subvenite</i> .....76
<i>sodium nitroprusside</i> ..... 14	SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST..... 183	<i>subvenite starter (blue) kit</i> ....76
SODIUM OXYBATE ..... 84	SPIRIVA RESPIMAT ..... 176	<i>subvenite starter (green) kit</i> ..76
<i>sodium phenylbutyrate</i> ..... 122	<i>spironolactone</i> ..... 19	<i>subvenite starter (orange) kit</i> 76
<i>sodium phosphate</i> ..... 200	<i>spironolacton-</i> <i>hydrochlorothiaz</i> .....20	SUCRAID.....35
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ..... 122	SPRAVATO .....84	<i>sucralfate</i> .....41
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> .....35	<i>sprintec (28)</i> .....94	<i>sudogest</i> .....171
<i>solifenacin</i> ..... 185	SPRITAM.....76	<i>sudogest cold and allergy</i> ...171
SOLQUA 100/33 ..... 146	SPRYCEL .....57	<i>sulfacetamide sodium</i> ..... 101
SOLO .....243	<i>sps (with sorbitol)</i> ..... 122	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....125
SOLTAMOX.....57	<i>sronyx</i> .....94	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> 101
SOMATULINE DEPOT ..... 57	<i>ssd</i> .....138	<i>sulfadiazine</i> .....12
SOMAVERT.....142	<i>st joseph aspirin</i> .....72	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....12
<i>soothing pureway-c</i> ..... 243	STAHIST AD.....171	<i>sulfasalazine</i> .....35
SOOTHING SALINE-ALOE ..... 90	STEGLATRO.....146	<i>sulindac</i> .....72
<i>sorafenib</i> .....57	STELARA .....128	<i>sumatriptan</i> .....86
<i>sorbidon hydrate</i> ..... 138	<i>stimulant laxative plus</i> .....35	<i>sumatriptan succinate</i> .....86
<i>sorbitol</i> ..... 122	STIOLTO RESPIMAT.....176	<i>sunitinib malate</i> .....57
SORBOLENE ..... 138	STIVARGA.....57	SUNLENCA.....8
<i>sorine</i> .....13	<i>stomach relief</i> .....37, 38	<i>super b/c</i> .....243
SOSWEET SYRUP VEHICLE ..... 122	<i>stool softener 27, 28, 32, 34, 35</i> <i>stool softener (docusate cal)</i> .27	SUPER DAILY D3 .....243
<i>sotalol</i> .....13	<i>stool softener-laxative</i> ....32, 34	SUPER DHA GEMS .....209
<i>sotalol af</i> .....13	<i>stool softener-stimulant laxat</i> .....27, 28, 35	SUPER MULTIPLE - LOW IRON .....243
SPACE CHAMBER..... 180	STOOL SOFTENER- STIMULANT LAXAT ....35	<i>super omega-3</i> .....17
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK ..... 180	STRENSIQ.....142	<i>super thera vite m</i> .....243
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK..... 180	STREPTOMYCIN .....4	<i>suphedrin</i> .....171
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK..... 180	<i>stress b with zinc</i> .....243	<i>suphedrine 12 hour</i> ....161, 169
<i>spectravite adult</i> ..... 218	STRESS B-COMPLEX.....224, 243	<i>syeda</i> .....94
<i>spectravite adult 50 plus</i> ....218	<i>stress formula</i> .....243	SYMDEKO .....176
SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS(LUT)..... 218	<i>stress formula with iron(sulf)</i> .....243	SYMLINPEN 120 .....147
	<i>stress formula with zinc</i> ....218, 243	SYMLINPEN 60 .....147
		SYMPAZAN .....76
		SYMTUZA .....8
		SYNAGIS.....8
		SYNJARDY .....147
		SYNJARDY XR.....147
		SYRPALTA VEHICLE .....123

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

SYRSPEND SF.....	105	<i>tazarotene</i> .....	140	THERAFLU EXPRESSMAX	
SYRSPEND SF ALKA.....	105	<i>tazicef</i> .....	10	COLD NIGHT.....	171
SYRSPEND SF LIQUID ...	105	TAZVERIK.....	57	THERAFLU FLU-SORE	
SYSTANE (PF).....	101	TDVAX .....	44	THROAT.....	171
SYSTANE (PROPYLENE		TEARS LUBRICANT EYE		THERAFLU MULTI-	
GLYCOL) .....	101	DROP .....	102	SYMPTOM COLD .....	171
SYSTANE BALANCE .....	101,	TECENTRIQ.....	57	THERAFLU NIGHT SEVERE	
102		TECENTRIQ HYBREZA ...	57	COLD-CGH .....	171
SYSTANE COMPLETE....	102	TECVAYLI.....	57	THERAGRAN-M PREMIER	
SYSTANE GEL .....	102	TEFLARO .....	10	50 PLUS .....	244
SYSTANE HYDRATION		<i>telmisartan</i> .....	20	<i>theralogix companion</i> .....	216
(PF).....	102	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	20	<i>thera-m</i> .....	244
SYSTANE NIGHTTIME... 102		<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>		THERAMILL FORTE .....	244
SYSTANE ULTRA.....	102	.....	20	<i>therapeutic dandruff shampoo</i>	
SYSTANE ULTRA (PF) ... 102		TEMODAR .....	57	.....	124
<b>T</b>		<i>temsirolimus</i> .....	57	<i>therapeutic moisturizing</i> .....	138
<i>tab-a-vite</i> .....	244	TENDER CARE LANOLIN		THERAPEUTIC	
TAB-A-VITE		.....	138	MOISTURIZING CREAM	
MULTIVITAMIN W-IRON		TENIVAC (PF) .....	44	.....	134
.....	244	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .8		<i>therapeutic-m</i> .....	229, 244
TABLOID .....	57	TEPMETKO.....	57	<i>thera-tabs</i> .....	244
TABRECTA.....	57	<i>terazosin</i> .....	20	<i>theratrum complete 50 plus/lut</i>	
<i>tacrolimus</i> .....	57, 138	<i>terbinafine hcl</i> .....	2, 127	.....	245
<i>tadalafil (pulmonary arterial</i>		<i>terbutaline</i> .....	176	<i>theratrum complete 50 plus-lyc</i>	
<i>hypertension) oral tablet</i> 20		<i>terconazole</i> .....	96	.....	244
<i>mg</i> .....	176	<i>teriflunomide</i> .....	88	<i>theratrum complete with lutein</i>	
TAFINLAR .....	57	TERIPARATIDE .....	152	.....	245
<i>tafluprost (pf)</i> .....	98	<i>testosterone</i> .....	142, 143	<i>therems multivitamin</i> .....	245
TAGRISSE .....	57	<i>testosterone cypionate</i> .....	142	<i>thermotabs</i> .....	200
TAKE ACTION .....	94	<i>testosterone enanthate</i> .....	142	THEROMEGA .....	209
TALTZ AUTOINJECTOR 128		TETANUS,DIPHThERIA		<i>thiamine hcl (vitamin b1)</i> ....	245
TALTZ AUTOINJECTOR (2		TOX PED(PF) .....	44	<i>thioridazine</i> .....	84
PACK).....	128	<i>tetrabenazine</i> .....	88	<i>thiotepa</i> .....	58
TALTZ AUTOINJECTOR (3		<i>tetracycline</i> .....	13	<i>thiothixene</i> .....	84
PACK).....	128	TEVIMBRA .....	57	<i>tiadylt er</i> .....	20
TALTZ SYRINGE.....	128	THALOMID.....	58	<i>tiagabine</i> .....	76
TALVEY.....	57	THEO-24.....	176	TIBSOVO.....	58
TALZENNA.....	57	<i>theophylline</i> .....	176, 177	TICE BCG.....	44
<i>tamoxifen</i> .....	57	THEOPHYLLINE (BULK)176		TICOVAC .....	44
<i>tamsulosin</i> .....	185	<i>thera</i> .....	244	<i>tigecycline</i> .....	4
TANDEM PLUS .....	244	<i>thera-d</i> .....	244	<i>tilia fe</i> .....	94
<i>tarina 24 fe</i> .....	94	THERA-D 4000 .....	244	<i>timolol maleate</i> .....	20, 97
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	94	THERAFLU EXPRESSMAX		<i>tinidazole</i> .....	4
<i>taron forte</i> .....	244	COLD DAY .....	171	<i>tiotropium bromide</i> .....	177
TASIGNA .....	57			TIVDAK.....	58

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

TIVICAY .....	8	TRIAMINIC COLD AND		TRUEPLUS GLUCOSE ...	121,
TIVICAY PD .....	8	COUGHNT(PE) .....	171	123	
<i>tizanidine</i> .....	86	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>		TRULANCE.....	35
TOBI PODHALER .....	4	.....	20	TRULICITY .....	147
TOBRADEX .....	98	<i>tricitrates</i> .....	185	TRUMENBA.....	44
<i>tobramycin</i> .....	4, 97	<i>tricon</i> .....	245	TRUQAP .....	58
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	4	<i>tridacaine ii</i> .....	138	TRUSTEX LATEX	
<i>tobramycin sulfate</i> .....	4	<i>triderm</i> .....	130	CONDOM .....	183
<i>tobramycin-dexamethasone</i> ..	98	<i>trientine</i> .....	123	TRUSTEX LUBRICATED	
<i>tolnaftate</i> .....	127	<i>tri-estarylla</i> .....	94	CONDOMS .....	183
<i>tolterodine</i> .....	185	TRIFERIC .....	245	TRUSTEX NON-LUB	
<i>tolvaptan</i> .....	143	<i>trifluoperazine</i> .....	84	CONDOMS .....	183
<i>topiramate</i> .....	76	<i>trifluridine</i> .....	97	TRUSTEX-RIA	
<i>topotecan</i> .....	58	<i>trigels-f forte</i> .....	245	LUB/SPERMICIDE .....	183
<i>toremifene</i> .....	58	TRIJARDY XR .....	147	TRUSTEX-RIA	
<i>torpenz</i> .....	58	TRIKAFTA .....	177	LUBRICATED CONDOMS	
<i>torsemide</i> .....	20	<i>tri-legend fe</i> .....	94	.....	183
TOTAL HOME INSECT		<i>tri-linyah</i> .....	94	TRUSTEX-RIA NON-LUB	
REPELLENT .....	133	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	94	CONDOMS .....	183
TOUJEO MAX U-300		<i>tri-lo-marzia</i> .....	94	TRUZONE PEAK FLOW	
SOLOSTAR .....	147	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	94	METER.....	184
TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>trimethoprim</i> .....	2	TUKYSA.....	58
INSULIN .....	147	<i>trimipramine</i> .....	84	TUMS .....	200, 201
TRADJENTA.....	147	TRINTELLIX.....	84	TUMS E-X .....	200, 201
TRALEMENT.....	200	<i>triphrocaps</i> .....	245	TUMS EXTRA STRENGTH	
<i>tramadol</i> .....	72	<i>triple antibiotic</i> .....	125, 126	SMOOTHIES .....	200, 201
<i>tramadol-acetaminophen</i> ....	72	TRIPLE ANTIBIOTIC.....	126	<i>tums ultra</i> .....	35, 201
<i>trandolapril</i> .....	20	<i>triple antibiotic plus</i> ...	125, 126	TURALIO.....	58
<i>trandolapril-verapamil</i> .....	20	<i>triple antibiotic-pain relief</i>	125,	<i>turqoz (28)</i> .....	94
<i>tranexamic acid</i> .....	96	126		<i>tusnel diabetic</i> .....	171
<i>tranylcypromine</i> .....	84	TRIPLE MAGNESIUM		TUSNEL DM .....	171
<i>travasol 10 %</i> .....	209	COMPLEX.....	192	TUSNEL DM	
<i>travoprost</i> .....	98	TRIPROLIDINE HCL .....	171	PEDIATRIC(PHENYLEPH	
TRAZIMERA.....	58	<i>tri-sprintec (28)</i> .....	94	).....	171, 172
<i>trazodone</i> .....	84	TRIUMEQ.....	8	TUSNEL NEW FORMULA	
TRECTOR.....	4	TRIUMEQ PD.....	8	.....	171
TRELEGY ELLIPTA .....	177	TRI-VI-SOL .....	245	TUSNEL PEDIATRIC .....	172
TRELSTAR.....	58	<i>tri-vite with fluoride</i> .....	245	TUSNEL PEDIATRIC	
<i>treprostinil sodium</i> .....	20	<i>trivora (28)</i> .....	94	(GUAIFEN-PE).....	172
<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....	58	TRODELVY .....	58	<i>tusnel-ex</i> .....	172
<i>tretinoin topical</i> .....	140	TROGARZO .....	8	<i>tussin</i> .....	169, 172
<i>triamcinolone acetonide</i> .....	91,	TROPHAMINE 10 % .....	209	<i>tussin cf (pe-dm-guaif)</i> .....	161,
130, 141		TROPICAL LIQUID		169, 171, 172	
TRIAMINIC COLD AND		NUTRITION .....	245	<i>tussin cf cough-cold</i> .....	172
COUGH (PE) .....	171	<i>trospium</i> .....	185		

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

TUSSIN CF MAX SEVERE	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	VERSACLOZ.....85
M-S COLD..... 172	..... 76	VERSATILE .....139
<i>tussin cough (dm only)</i> ..... 172	<i>valrubicin</i> .....58	VERSIGEL.....139
<i>tussin dm</i> .... 160, 161, 169, 171,	<i>valsartan</i> .....20	VERZENIO .....59
172	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	<i>vestura (28)</i> .....94
TUSSIN DM ..... 161, 171	.....20	V-GO 20 .....184
<i>tussin dm cough and chest</i> . 171,	VALTOCO .....76	V-GO 30 .....184
172	VANACOF.....172	V-GO 40 .....184
<i>tussin dm max</i> ..... 160, 161	VANACOF DM .....172	VIBATIV .....5
<i>tussin mucus-chest congestion</i>	VANACOF DMX .....172	VIBERZI .....35
..... 160, 169, 172	VANALICE.....131	<i>vienna</i> .....94
TWINRIX (PF) ..... 44	VANATAB DM.....172	<i>vigabatrin</i> .....77
TYENNE.....151	<i>vancomycin</i> .....5	<i>vigadrone</i> .....77
TYENNE AUTOINJECTOR	VANCOMYCIN .....5	<i>vigpoder</i> .....77
..... 151	VANCOMYCIN IN 0.9 %	<i>vilazodone</i> .....85
TYPHIM VI .....44	SODIUM CHL .....5	VIMIZIM.....143
TYVASO.....177	<i>vandazole</i> .....96	<i>vinblastine</i> .....59
TYVASO INSTITUTIONAL	VANFLYTA .....58	<i>vincristine</i> .....59
START KIT.....177	VANIBASE.....138	<i>vinorelbine</i> .....59
TYVASO REFILL KIT ....177	VANIBASE TRADITIONAL	VIOKACE .....35
TYVASO STARTER KIT .177	FORMULA .....138	<i>viorele (28)</i> .....94
<b>U</b>	<i>vanicream</i> .....138, 139	VIRACEPT.....8
U-BASE .....138	VAQTA (PF).....44	VIREAD .....8
UBRELVY .....86	<i>varenicline</i> .....109	VISION FORMULA (WITH
UDAMIN SP.....245	VARIVAX (PF) .....44	LUTEIN) .....224, 246
ULTRA FREEDA .....245	VARIZIG.....44	VISION FORMULA(A-C-E-
<i>ultra lubricant eye</i> .....102	VARUBI.....35	ZN-SE-CU).....246
<i>ultra omega-3</i> .....210	VAXCHORA VACCINE....44	VISION HEALTH.....218, 246
<i>ultra strength antacid</i> .....186	VECAMYL .....14	VISION PLUS LUTEIN ....246
ULTRATHON .....138	VECTIBIX .....58	VISTA ADVANCED
UNISPEND ANHYDROUS	<i>vegetable laxative</i> .....32	AREDS2 .....246
SWEET.....123	VEKLURY .....8	VISTA ADVANCED DRY
<i>unithroid</i> .....141	<i>veletri</i> .....20	EYE .....246
UNITUXIN .....58	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	VISTOGARD .....44
UPTRAVI.....20	.....94	<i>vit 3</i> .....214
<i>urinary pain relief</i> .....184	VELPHORO.....123	<i>vit a palmitate-vit c-vit d3</i> ...231
URINARY PAIN RELIEF.184	VELTASSA.....123	VIT A PALMITATE-VIT C-
<i>ursodiol</i> .....35	VEMLIDY .....8	VIT D3.....238
UZEDY .....84	VENCLEXTA .....58	VIT E-WHEAT GERM-ALOE
<b>V</b>	VENCLEXTA STARTING	VERA .....139
<i>valacyclovir</i> .....8	PACK .....58	VITABEX PLUS.....246
VALCHLOR.....138	<i>venlafaxine</i> .....85	<i>vitajoy daily d</i> .....246
<i>valganciclovir</i> .....8	VENOFER.....245, 246	VITAL-D RX .....246
<i>valproate sodium</i> .....76	<i>verapamil</i> .....20	<i>vitalee</i> .....246
<i>valproic acid</i> .....76	VERQUVO .....14	<i>vitalets</i> .....247

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

<i>vitamin a</i> .....	218, 229, 240, 247	VORTEX VHC FROG MASK-CHILD.....	184	WOMEN'S ONE DAILY ...	224
VITAMIN A PALMITATE .....	247	VOSEVI .....	8	<b>X</b>	
<i>vitamin b-6</i> ..	224, 229, 241, 242, 247, 248	VOTRIENT .....	59	XALKORI .....	59
<i>vitamin c</i> ....	218, 224, 229, 240, 241, 242, 248, 249	VRAYLAR.....	85	XARELTO .....	22
VITAMIN C FIZZY DRINK .....	218	VUMERITY.....	88	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	22
<i>vitamin c with rose hips</i> .....	218, 224, 229, 242, 243, 244, 246, 249	VYNDAMAX .....	14	XATMEP.....	59
<i>vitamin d2</i> .....	249	VYXEOS.....	59	XCEL 100.....	139
<i>vitamin d3</i> ..	229, 241, 243, 244, 249, 250, 251, 252, 253	<b>W</b>		XCELLENT E.....	256
VITAMIN D3 COMPLETE .....	253	<i>walgreens dry skin treatment</i> .....	133	XCOPRI .....	77
<i>vitamin e</i> ....	241, 244, 253, 254	<i>warfarin</i> .....	22	XCOPRI MAINTENANCE PACK .....	77
VITAMIN E .....	255	<i>wart remover</i> .....	124	XCOPRI TITRATION PACK .....	77
<i>vitamin e (dl, acetate)</i>	219, 225, 229, 230, 244, 253, 254, 255	WATER (BULK)116, 119, 120		XDEMVY.....	102
VITAMIN E (DL, ACETATE) .....	218, 219, 229, 254, 255	<i>water for irrigation, sterile</i> .123		XELJANZ.....	151
<i>vitamin e acetate</i> .....	254	<i>wee care</i> .....	255	XELJANZ XR .....	152
<i>vitamin e mixed</i> ... 229, 253, 254		<i>weekly-d</i> .....	255	XERAC AC .....	139
VITAMIN E MIXED .253, 254		WELIREG.....	59	XERMELO.....	59
VITAMIN E SUCCINATE 254		<i>wera (28)</i> .....	94	XGEVA .....	45
<i>vitamin k</i> .....	22	<i>wescap-pn dha</i> .....	255	XIAFLEX .....	123
<i>vitamin k1</i> .....	22	<i>wescaps</i> .....	255	XIFAXAN .....	5
<i>vitamins a,c,d and fluoride</i> .246		<i>westab one</i> .....	255	XIGDUO XR.....	147
VITAMINS A-D-E		WESTUSSIN DM (DEXCHLORPHENIR) .172		XIIDRA .....	102
SELENIUM.....	255	<i>wixela inhub</i> .....	177	XOFLUZA .....	8
<i>vitatrum</i> .....	255	WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED.....	255	XOLAIR.....	177
VITRAKVI.....	59	WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA .....	255	XOSPATA.....	59
VITREXYL.....	255	WOMEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN .....	255	XPOVIO .....	59
VITREXYL PLUS IRON ..	255	<i>women's daily formula</i> .....	255	XTANDI.....	59
<i>vitrum senior</i> .....	255	WOMEN'S DAILY FORMULA .....	255	<i>xulane</i> .....	96
VITRUM SENIOR.....	255	WOMENS DAILY GUMMIES .....	219	<b>Y</b>	
VIVITROL .....	72	WOMEN'S DAILY PACK 255		<i>yelets</i> .....	256
VIZIMPRO.....	59	<i>women's gentle laxative(bisac)</i> .....	35	YERVOY .....	59
VONJO.....	59	WOMEN'S MULTIVITAMIN .....	256	YF-VAX (PF) .....	44
VORANIGO.....	59	WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES .....	255, 256	YONDELIS .....	59
<i>voriconazole</i> .....	2	WOMEN'S MULTIVITAMIN W-BIOTIN .....	255	<i>yuvafem</i> .....	95
VORTEX HOLDING CHAMBER .....	184			<b>Z</b>	
				ZADITOR.....	102
				<i>zafemy</i> .....	96
				<i>zafirlukast</i> .....	177
				<i>zaleplon</i> .....	85
				ZALTRAP.....	59
				ZANOSAR .....	59
				ZARXIO .....	42

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

ZEGALOGUE	ZINC (WITH A AND C)	ZOLINZA.....60
AUTOINJECTOR..... 147	LOZENGES ..... 256	<i>zolmitriptan</i> .....87
ZEGALOGUE SYRINGE . 147	<i>zinc chloride</i> ..... 201	<i>zolpidem</i> .....85
ZEJULA ..... 60	<i>zinc oxide</i> ..... 139	ZONISADE ..... 77
ZELBORAF ..... 60	<i>zinc sulfate</i> ..... 201	<i>zonisamide</i> ..... 77
ZELDANA ..... 256	ZINC SULFATE (BULK)..201	ZOO FRIENDS .....256
<i>zenatane</i> ..... 140	ZINC SULFATE	<i>zovia 1-35 (28)</i> .....94
ZENPEP ..... 35	HEPTAHYDRAT(BULK)	ZTALMY ..... 77
ZEPOSIA ..... 88	..... 123	ZUBSOLV.....72
ZEPOSIA STARTER KIT (28-	<i>zinc with vitamins a and c</i> ..256	<i>zumandimine (28)</i> .....94
DAY)..... 88	<i>ziprasidone hcl</i> .....85	ZURZUVAE.....85
ZEPOSIA STARTER PACK	<i>ziprasidone mesylate</i> .....85	ZYDELIG.....60
(7-DAY) ..... 88	ZIRABEV .....60	ZYKADIA .....60
ZEPZELCA..... 60	ZIRGAN.....97	ZYMFENTRA.....35
<i>zidovudine</i> ..... 8	ZOLADEx .....60	ZYNLONTA .....60
ZIEXTENZO.....42	<i>zoledronic acid</i> ..... 143	ZYNYZ.....60
ZIKS ARTHRITIS PAIN	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	ZYPREXA RELPREVV .....85
RELIEF ..... 139	..... 123	

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 11/18/2024.

**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 صباحًا 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 दुभाषयिणी सेवाएं हैं। दुभाषयिणी 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। हंदी 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](mailto: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](http://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



**Mensaje importante acerca de lo que paga por vacunas** – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.

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

ID. del formulario: 00024248  
N.º de versión: 18  
Actualizado en 12/01/2024