



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

2025

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

Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. o visite **CareSource.com/MyCare**.

ID del formulario: 00025338
N.º de versión: 9
Actualizado el 10/15/2024

CareSource[®] MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) | 2025 *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos o Formulario)*

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*). Le informa qué medicamentos recetados 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 clave y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

| | |
|--|------|
| A. Exenciones de responsabilidad | iii |
| B. Preguntas frecuentes | iv |
| B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Nos referimos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> como la “ <i>Lista de medicamentos</i> ” para abreviar) | iv |
| B2. ¿Alguna vez cambia la <i>Lista de medicamentos</i> ? | iv |
| B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ? | v |
| B4. ¿Existen restricciones o limitaciones 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? | vii |
| B6. ¿Qué sucede si CareSource MyCare Ohio cambia las reglas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización o aprobación previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)? | viii |
| B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ? | viii |
| B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ? | viii |

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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



| | |
|--|------|
| B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo afiliado a CareSource MyCare Ohio y no puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo un problema para obtenerlo? | viii |
| B10. ¿Puedo pedir que se haga una excepción y cubran el medicamento? | ix |
| B11. ¿Cómo puedo pedir que se haga una excepción? | x |
| B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción? | x |
| B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?..... | x |
| B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?..... | xi |
| B15. ¿Qué son los medicamentos OTC? | xi |
| B16. ¿Cubre CareSource MyCare Ohio productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos? | xi |
| B17. ¿Cuál es mi copago?..... | xii |
| B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos? | xii |
| C. Medicamentos agrupados por afección médica..... | xii |
| D. Índice de medicamentos cubiertos..... | 259 |

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.
- ❖ 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.
- ❖ Puede obtener este documento, tanto ahora como en el futuro, de forma gratuita en otros formatos, por ejemplo, impreso en letra grande, braille o audio. Solo tiene que solicitarlo una vez. También puede cambiar su solicitud. Llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



B. Preguntas frecuentes

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*? (Nos referimos a la *Lista de medicamentos cubiertos* como “*Lista de medicamentos*” para abreviar).

Los medicamentos que aparecen en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página 2 son los medicamentos cubiertos por CareSource MyCare Ohio. 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 acceder a determinados medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede ver una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare** o si llama a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



- 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 línea en **CareSource.com/MyCare**. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- 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:

- **Sustituciones por versiones nuevas de medicamentos.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de la *Lista de medicamentos* si lo reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento; sin embargo, el costo que deberá pagar por el nuevo medicamento será el mismo. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.
 - Podemos realizar estos cambios únicamente si el medicamento que agregamos:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca; o

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



- es una versión biosimilar nueva de un producto biológico original incluido en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, podemos agregar un biosimilar intercambiable que puede sustituirse por un producto biológico original sin una nueva receta).

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección B14.

- Usted o su proveedor puede solicitar una excepción a dichos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que debe tomar para solicitar una excepción. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) advierte que un medicamento que usted toma no es seguro o eficaz, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado,, lo eliminaremos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de realizar el cambio. Comuníquese con el médico que le recetó el medicamento si recibe una notificación.

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

- la FDA brinda nuevos lineamientos o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;
- agregamos un medicamento genérico y reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la *Lista de medicamentos*; o
- agregamos un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente se encuentra en la *Lista de medicamentos*; o
- cambiamos los límites o las reglas de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se efectúen dichos cambios, nosotros:

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

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

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar; ○

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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



- si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.

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

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

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted o su médico, u otra persona que receta, deben obtener una 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 los medicamentos en determinado orden para tratar 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.

Para averiguar si su medicamento tiene requerimientos o limitaciones adicionales, consulte las tablas de las páginas 2-258. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare**. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de PA y terapia escalonada. También puede solicitar 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 que figura en la sección section letter/number tiene una columna denominada "Acciones necesarias, restricciones o límites de uso".

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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



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

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

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. Esta sección se encuentra al final del documento.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección Lista de medicamentos por afección médica en 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 tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS. 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 encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Afiliados al toll-free number y pregunte por este. 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. Podrá recetarle un medicamento de 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 las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre las excepciones.

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

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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



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

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

Cubriremos el suministro de 30 días de su medicamento si:

- usted está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*; o
- las reglas del plan 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 está sujeto a una restricción de 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 están en la *Lista de medicamentos*, o si no puede obtener el medicamento que necesita con facilidad, podemos ayudarle. Si ha estado en el plan por más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de emergencia de *31 días* del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta por menos días), sea usted o no un nuevo afiliado a CareSource MyCare Ohio.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días de su afiliación a CareSource MyCare Ohio.

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

- Por lo general, una transición no planificada implica cambios en el nivel de atención en el que el afiliado pasa de un tipo de tratamiento a otro. De ocurrir esto, puede suceder que deba seguir los procesos normales de determinación de cobertura para la cobertura continua. Algunos ejemplos de cambios de nivel de la atención incluyen los siguientes:
 - Ser dado de alta de un hospital a su hogar.

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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



Finalizar su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (en la que los pagos incluyen todos los costos de farmacia) y ahora requerir el uso de la Parte D de su plan. Cambiar su estado de hospicio para regresar a los beneficios estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare.

- Ser dado de alta de hospitales psiquiátricos de atención crónica con regímenes de medicamentos altamente individualizados.
- Finalizar la estadía en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y regresar a la comunidad.

B10. ¿Puedo 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 ayudarlo 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 piensa que su salud puede perjudicarse si debe esperar 72 horas para recibir la decisión, puede pedir que se haga una excepción acelerada. Se trata de una decisión más rápida. Si 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?

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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



Los medicamentos genéricos están hechos de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan igual que los medicamentos de marca y cuestan menos. No suelen tener nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para varios medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin una nueva receta, según las leyes estatales.

CareSource MyCare Ohio cubre tanto medicamentos de marca como genéricos.

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

Cuando utilizamos la palabra “medicamento”, podemos estar refiriéndonos tanto a un medicamento como a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos clásicos. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos clásicos, en lugar de tener una versión genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares son tan eficaces como los productos biológicos originales, y es posible que cuesten menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, es posible que puedan sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 5 del *Manual del Afiliado*.

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

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

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

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

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

Por ejemplo, algunos productos de venta libre que no califican como medicamentos son las cápsulas orales de vitamina D2 de 1.25 mg (50,000 unidades) y las tabletas de ácido fólico de 1 mg.

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

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.. 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



B17. ¿Cuál es mi copago?

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

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

- Los medicamentos de Nivel 1 son en su mayoría medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca.
- Los medicamentos de Nivel 2 son en su mayoría medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- 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 tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS. 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 259. El índice menciona por orden alfabético todos los medicamentos cubiertos por CareSource MyCare Ohio.

En la primera columna de la tabla se muestra el nombre del medicamento. Los nombres de los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., ELIQUIS) y los medicamentos genéricos se muestran en cursiva y en minúscula (p. ej., *lisinopril*).

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

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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



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 la persona que receta no está de acuerdo con nuestra decisión, puede 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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



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

Lista de abreviaturas

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

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

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

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

NDS: Medicamento limitado a un suministro de 30 días en una tienda minorista o por correo.

PA: Autorización previa. Nuestro plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted debe obtener la aprobación de CareSource antes de surtir sus recetas. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

QL: Límite de cantidad. Para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

ST: Terapia escalonada. En algunos casos, el Plan le pedirá que primero pruebe ciertos medicamentos para su afección médica antes de cubrir otro. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su afección médica es posible que no cubramos el medicamento B hasta que haya probado con el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B.

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 gratuitas. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare**.

Actualizado el 10/15/2024



| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| ANTIINFECCIOSOS | | |
| AGENTES ANTIMICÓTICOS | | |
| 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 por 30 días) |
| <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 por 30 días); 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 |
| AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS | | |
| <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 |
| ANTIINFECCIOSOS VARIOS | | |
| <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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| 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 |
| CAYSTON | 2 | PA; MO; LA; QL (84 por 56 días); 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 por 10 días) |
| <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 |
| <i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> | 1 | MO; NDS |
| EMVERM | 2 | MO; NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>ertapenem</i> | 1 | PA; MO; QL (14 por 14 días) |
| <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 por 30 días) |
| <i>lincomycin</i> | 1 | PA |
| <i>linezolid in dextrose 5%</i> | 1 | PA; MO |
| <i>linezolid oral suspension for reconstitution</i> | 1 | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 por 10 días) |
| <i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i> | 1 | PA; QL (10 por 10 días) |
| <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; QL (12 por 30 días); NDS |
| <i>pentamidine inhalation</i> | 1 | B/D PA; MO; QL (1 por 28 días) |
| <i>pentamidine injection</i> | 1 | MO |
| <i>pinaway 50 mg/ml suspension</i> | 3 | ADD |
| <i>pinworm medicine 144 mg/ml</i> | 3 | ADD |
| <i>praziquantel</i> | 1 | MO |
| PRIFTIN | 2 | MO |
| PRIMAQUINE | 2 | MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 por 30 días); NDS |
| <i>tigecycline</i> | 1 | PA; MO; NDS |
| <i>tinidazole</i> | 1 | MO |
| TOBI PODHALER | 2 | MO; QL (224 por 56 días); NDS |
| <i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> | 1 | PA; MO; QL (280 por 28 días); NDS |
| <i>tobramycin inhalation</i> | 1 | PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS |
| <i>tobramycin sulfate injection recon soln</i> | 1 | PA; QL (9 por 14 días) |
| <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 10/02/2024

| 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 por 10 días) |
| VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML | 2 | PA; QL (1000 por 10 días) |
| VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML | 2 | PA; QL (4050 por 10 días) |
| <i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (20 por 10 días) |
| <i>vancomycin intravenous recon soln 10 gram</i> | 1 | PA; QL (2 por 10 días) |
| <i>vancomycin intravenous recon soln 5 gram</i> | 1 | PA; QL (4 por 10 días) |
| <i>vancomycin intravenous recon soln 500 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (10 por 10 días) |
| <i>vancomycin intravenous recon soln 750 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (27 por 10 días) |

| 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 por 10 días) |
| <i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (80 por 10 días) |
| VIBATIV INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG | 2 | PA; NDS |
| XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG | 2 | PA; QL (9 por 30 días) |
| XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG | 2 | PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS |
| ANTIVÍRICOS | | |
| <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 10/02/2024

| 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-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</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 |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>ganciclovir sodium intravenous reconstruction solution</i> | 1 | B/D PA; MO |
| <i>ganciclovir sodium intravenous solution</i> | 1 | B/D PA |
| GENVOYA | 2 | MO; NDS |
| 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 |
| <i>lamivudine</i> | 1 | MO |
| <i>lamivudine-zidovudine</i> | 1 | MO |
| LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR | 2 | PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS |
| LIVTENCITY | 2 | PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS |
| <i>lopinavir-ritonavir</i> | 1 | MO |
| <i>maraviroc</i> | 1 | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET | 2 | PA; MO; QL (168 por 28 días); NDS |
| MAVYRET ORAL TABLET | 2 | PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS |
| <i>nevirapine oral suspension</i> | 1 | |
| <i>nevirapine oral tablet</i> | 1 | MO |
| <i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i> | 1 | MO |
| NORVIR ORAL POWDER IN PACKET | 2 | MO |
| ODEFSEY | 2 | MO; NDS |
| <i>oseltamivir</i> | 1 | MO |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG | 1 | QL (20 por 90 días) |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG | 1 | QL (30 por 90 días) |
| PIFELTRO | 2 | MO; NDS |
| PREVYMIS INTRAVENOUS | 2 | PA; NDS |
| PREVYMIS ORAL | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| PREZCOBIX | 2 | MO; NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|-------------------------------------|--|--|
| 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 |
| <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 |
| SOFOSBUVIR-VELPATASVIR | 2 | PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS |
| STRIBILD | 2 | MO; NDS |
| SUNLENCA | 2 | NDS |
| SYMTUZA | 2 | MO; NDS |
| SYNAGIS | 2 | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 por 30 días) |
| <i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>valganciclovir oral recon soln</i> | 1 | MO; NDS |
| <i>valganciclovir oral tablet</i> | 1 | MO |
| 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 por 28 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG | 2 | MO |
| <i>zidovudine</i> | 1 | MO |
| CEFALOSPORINAS | | |
| <i>cefaclor oral capsule</i> | 1 | MO |
| <i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i> | 1 | |
| <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 | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| DIFICID ORAL TABLET | 2 | MO; QL (20 por 10 días); NDS |
| <i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg</i> | 1 | MO |
| <i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i> | 1 | |
| <i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i> | 1 | MO |
| <i>erythromycin oral</i> | 1 | MO |
| PENICILINAS | | |
| <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 |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i> | 1 | PA; MO |
| <i>levofloxacin intravenous</i> | 1 | PA |
| <i>levofloxacin oral</i> | 1 | MO |
| <i>moxifloxacin oral</i> | 1 | MO |
| <i>moxifloxacin-sod.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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| <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 oral tablet 100 mg, 200 mg</i> | 1 | MO |
| <i>amiodarone oral tablet 400 mg</i> | 1 | |
| <i>dofetilide</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>flecainide</i> | 1 | MO |
| <i>ibutilide fumarate</i> | 1 | |
| <i>lidocaine (pf) intravenous</i> | 1 | |
| <i>lidocaine in 5 % dextrose (pf) intravenous parenteral solution 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %)</i> | 1 | |
| <i>mexiletine</i> | 1 | MO |
| 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>sotalol af</i> | 1 | |
| <i>sotalol oral</i> | 1 | MO |
| AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS | | |
| <i>digoxin oral solution</i> | 1 | MO |
| <i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> | 1 | MO |
| <i>dobutamine</i> | 1 | B/D PA |

| 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 por 30 días) |
| ENTRESTO SPRINKLE | 2 | QL (240 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| 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 por 30 días) |
| <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 |
| VERQUVO | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| VYNDAMAX | 2 | PA; MO; NDS |
| AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL | | |
| <i>amlodipine-atorvastatin</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>atorvastatin</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <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 |
| <i>endur-acin er 500 mg tablet</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>endur-acin er 750 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>ezetimibe</i> | 1 | MO |
| <i>ezetimibe-simvastatin</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <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 por 30 días) |
| <i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>gemfibrozil</i> | 1 | MO |
| <i>icosapent ethyl</i> | 1 | MO |
| <i>lovastatin oral tablet 10 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| NEXLETOL | 2 | PA; MO |
| NEXLIZET | 2 | PA; MO |
| <i>niacin 100 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>niacin 100 mg tablet (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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 capsule sa (otc)</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 250 mg tablet sa mfg no response</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>niacin 50 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>niacin 50 mg tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>niacin 500 mg tablet (otc)</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 (OTC) | 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 |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>omega-3 acid ethyl esters</i> | 1 | MO |
| <i>omega-3 fish oil 1,000 mg sfgl (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>pitavastatin calcium</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <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 por 30 días) |
| <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 por 28 días) |
| REPATHA PUSHTRONEX | 2 | PA; QL (7 por 28 días) |
| REPATHA SURECLICK | 2 | PA; QL (6 por 28 días) |
| <i>rosuvastatin</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>simvastatin</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| SLO-NIACIN 250 MG TABLET | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>slo-niacin 500 mg tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| SLO-NIACIN 750 MG TABLET | 3 | MO; ADD |
| <i>sm niacin tr 250 mg tablet gluten-free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>super omega-3 softgel</i> | 3 | ADD |
| NITRATOS | | |
| <i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> | 1 | MO |
| <i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg</i> | 1 | |
| <i>isosorbide mononitrate oral tablet 20 mg</i> | 1 | MO |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| | | |
|--|---|----|
| <i>nitroglycerin sublingual</i> | 1 | MO |
| <i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i> | 1 | MO |
| <i>nitroglycerin translingual</i> | 1 | MO |

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

| | | |
|---------------------------------------|---|----|
| <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-hcthiazyd</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 |

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

| | | |
|--|---|-------------------------|
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> | 1 | MO |
| <i>bumetanide</i> | 1 | MO |
| <i>candesartan</i> | 1 | MO |
| <i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> | 1 | MO |
| <i>captopril</i> | 1 | MO |
| <i>captopril-hydrochlorothiazide</i> | 1 | |
| <i>cartia xt</i> | 1 | MO |
| <i>carvedilol</i> | 1 | MO |
| <i>chlorothiazide sodium</i> | 1 | MO |
| <i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> | 1 | MO |
| <i>clonidine transdermal patch</i> | 1 | MO; QL (4 por 28 días) |
| <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 por 30 días) |
| <i>doxazosin oral tablet 8 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| EDARBI | 2 | MO |
| EDARBYCLOR | 2 | MO |
| <i>enalapril maleate oral tablet</i> | 1 | MO |
| <i>enalaprilat intravenous solution</i> | 1 | |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>isosorbide-hydralazine</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>isradipine</i> | 1 | |
| KERENDIA | 2 | PA; QL (30 por 30 días) |
| <i>labetalol intravenous solution</i> | 1 | |
| <i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i> | 1 | |
| <i>labetalol oral</i> | 1 | MO |
| <i>lisinopril</i> | 1 | MO |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> | 1 | MO |
| <i>losartan</i> | 1 | MO |
| <i>losartan-hydrochlorothiazide</i> | 1 | MO |
| <i>mannitol 20 %</i> | 1 | |
| <i>mannitol 25 % intravenous solution</i> | 1 | MO |
| <i>matzim la</i> | 1 | MO |
| <i>metolazone</i> | 1 | MO |
| <i>metoprolol succinate</i> | 1 | MO |
| <i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> | 1 | MO |
| <i>metoprolol tartrate intravenous</i> | 1 | |
| <i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | MO |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> | 1 | MO |
| <i>ramipril</i> | 1 | MO |
| <i>spironolactone oral tablet</i> | 1 | MO |
| <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 por 30 días) |
| <i>terazosin oral capsule 10 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <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>treprostinil sodium</i> | 1 | PA; MO; LA; NDS |
| <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> | 1 | MO |
| UPTRAVI ORAL TABLET | 2 | PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK | 2 | PA; MO; LA; QL (200 por 180 días); NDS |
| <i>valsartan oral tablet</i> | 1 | MO |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> | 1 | MO |
| <i>veletri</i> | 1 | B/D PA; MO |
| <i>verapamil intravenous</i> | 1 | |
| <i>verapamil oral</i> | 1 | MO |
| TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN | | |
| <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 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>dabigatran etexilate</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <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; QL (60 por 30 días) |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START | 2 | MO; QL (74 por 180 días) |
| <i>enoxaparin subcutaneous solution</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> | 1 | MO; QL (28 por 28 días) |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> | 1 | MO; QL (22.4 por 28 días) |
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml</i> | 1 | MO; QL (16.8 por 28 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> | 1 | MO; QL (11.2 por 28 días) |
| <i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i> | 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 | |
| <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 |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>pentoxifylline</i> | 1 | MO |
| <i>phytonadione 5 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>phytonadione 5 mg tablet inner</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>phytonadione 5 mg tablet outer</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>prasugrel</i> | 1 | MO |
| PROMACTA | 2 | PA; MO; LA; NDS |
| <i>protamine</i> | 1 | |
| <i>vitamin k-1 10 mg/ml ampul suv, outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>warfarin</i> | 1 | MO |
| XARELTO DVT-PE TREAT 30D START | 2 | MO; QL (51 por 180 días) |
| XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION | 2 | MO; QL (775 por 28 días) |
| XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| GASTROENTEROLOGÍA | | |
| AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS | | |
| <i>acid gone antacid liquid</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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>alum-mag hydroxide-simeth 1,200-1,200-120 mg/30 ml cup inner</i> | 3 | ADD |
| <i>alum-mag hydroxide-simeth 1,200-1,200-120 mg/30 ml cup outer</i> | 3 | ADD |
| <i>alum-mag hydroxide-simeth 2,400-2,400-240 mg/30 ml cup inner</i> | 3 | ADD |
| <i>alum-mag hydroxide-simeth 2,400-2,400-240 mg/30 ml cup outer</i> | 3 | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>antacid liquid</i> | 3 | ADD |
| <i>antacid-antigas 1000-60 mg chw</i> | 3 | ADD |
| <i>antacid-antigas liquid</i> | 3 | MO; ADD |
| ANTACID-ANTIGAS LIQUID | 3 | MO; ADD |
| <i>antacid-antigas suspension</i> | 3 | MO; 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 |
| <i>castor oil usp/nf</i> | 3 | ADD |
| <i>chocolated laxative</i> | 3 | ADD |
| <i>chocolated laxative gluten-free, reg str</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| CIMZIA POWDER FOR RECONST | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS |
| CIMZIA STARTER KIT | 2 | PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS |
| CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días); 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| COLACE 2-IN-1 TABLET | 3 | MO; ADD |
| COLACE CLEAR 50 MG SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| COLACE-T 100 MG CAPSULE | 3 | MO; ADD |
| <i>compro</i> | 1 | MO |
| <i>constulose</i> | 1 | MO |
| CORTIFOAM | 2 | MO |
| CREON | 2 | MO |
| <i>cromolyn oral</i> | 1 | MO |
| <i>cvs castor oil</i> | 3 | ADD |
| <i>cvs chocolated laxative 15 mg</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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>docusate sodium 100 mg outer, softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>docusate sodium 100 mg softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>docusate sodium 250 mg softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>docusate sodium 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 por 30 días) |
| DOCUSOL KIDS 100 MG MINI-ENEMA 5ML MINI-ENEMA, OUTER | 3 | MO; ADD; QL (15 por 30 días) |
| <i>dok 100 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>driminate 50 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>dronabinol</i> | 1 | B/D PA |
| <i>droperidol injection solution</i> | 1 | MO |
| <i>enema disposable</i> | 3 | MO; ADD; QL (399 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|-------------------------------------|--|--|
| <i>enema ready to use</i> | 3 | ADD; QL (399 por 30 días) |
| <i>enema ready to use</i> | 3 | ADD; QL (399 por 30 días) |
| ENEMEEZ MINI ENEMA | 3 | MO; ADD; QL (15 por 30 días) |
| ENEMEEZ MINI ENEMA 5CC TUBES, OUTER | 3 | MO; ADD; QL (15 por 30 días) |
| ENEMEEZ PLUS MINI ENEMA | 3 | MO; ADD; QL (15 por 30 días) |
| ENEMEEZ PLUS MINI ENEMA OUTER | 3 | MO; ADD; QL (15 por 30 días) |
| ENTYVIO | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días); 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>eql chocolated laxative</i> | 3 | ADD |
| <i>fiber laxative 625 mg caplet</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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>fiber therapy powder</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>fiber-lax 625 mg tablet 500mg polycarbophil</i> | 3 | MO; ADD |
| FLEET BISACODYL 10 MG ENEMA | 3 | MO; ADD; QL (111 por 30 días) |
| <i>fleet enema</i> | 3 | MO; ADD; QL (399 por 30 días) |
| <i>fleet enema 2x133ml, twin pack</i> | 3 | MO; ADD; QL (798 por 30 días) |
| <i>fleet enema 4x133ml</i> | 3 | MO; ADD; QL (399 por 30 días) |
| FLEET MINERAL OIL ENEMA | 3 | MO; ADD; QL (399 por 30 días) |
| FLEET PEDIA-LAX ENEMA | 3 | MO; ADD; QL (198 por 30 días) |
| FLEET PEDIA-LAX STOOL SOFTENER | 3 | ADD |
| FLEET PEDIA-LAX SUPPOSITORIES | 3 | MO; ADD |
| <i>fosaprepitant</i> | 1 | MO |
| <i>ft antacid-antigas liquid</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft antacid-antigas max str</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| <i>ft castor oil usp</i> | 3 | ADD |
| <i>ft clearlax powder</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft fiber laxative 625 mg cplt</i> | 3 | ADD |
| <i>ft gas relief 125 mg chew tab</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft gas relief 125 mg softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| FT GAS RELIEF 180 MG SOFTGEL | 3 | ADD |
| <i>ft gentle laxative 10 mg supp</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft inft gas rlf 20 mg/0.3 ml</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft laxative 5 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>ft laxative ec 5 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>ft magnesium citrate solution</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft mineral oil</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft motion sickness 25 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>ft motion sickness 50 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>ft senna laxative 8.6 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>ft senna-s 8.6-50 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft stool softener 100 mg sftgl</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>ft stool softener 250 mg sftgl</i> | 3 | ADD |
| <i>ft stool softener-stim lax tab</i> | 3 | ADD |
| <i>gas relief (simeth) 80 mg chew</i> | 3 | ADD |
| <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 RELIEF 180 MG SOFTGEL ULTRA STRENGTH | 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 SOFTGEL, EX-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 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>gnp gentle laxative 10 mg supp</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp gentle laxative ec 5 mg tb</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp magnesium citrate solution</i> | 3 | MO; 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 |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| GS HEMORRHOIDAL OINTMENT | 3 | MO; ADD |
| <i>healthylax powder packet outer</i> | 3 | MO; ADD |
| HEARTBURN RELIEF LIQUID | 3 | ADD |
| <i>hm enema ready to use</i> | 3 | ADD; QL (399 por 30 días) |
| <i>hm enema ready to use twin pak</i> | 3 | ADD; QL (399 por 30 días) |
| HM READY TO USE MIN OIL ENEMA | 3 | ADD; QL (399 por 30 días) |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| <i>laxative ec 5 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| LINZESS | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>lubiprostone</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| MAG-TAB SR 84 MG CAPLET U/D,CAPLET | 3 | MO; ADD |
| <i>meclizine 12.5 mg caplet (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>meclizine 12.5 mg caplet (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>meclizine 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 | |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>metoclopramide hcl oral solution</i> | 1 | MO |
| <i>metoclopramide hcl oral tablet</i> | 1 | MO |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>motion sickness 50 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>motion sickness rlf 25 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>motion-time 25 mg tablet chew</i> | 3 | ADD |
| <i>nitroglycerin rectal</i> | 1 | MO |
| OCALIVA | 2 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); 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>onelix 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 | |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>peg-electrolyte</i> | 1 | 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 |
| <i>prochlorperazine</i> | 1 | MO |
| <i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 chocolated laxative</i> | 3 | ADD |
| <i>qc gentle laxative 10 mg supp</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 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>qc ready to use enema twin pack</i> | 3 | ADD; QL (798 por 30 días) |
| <i>qc stool softener 100 mg sftgl</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 por 30 días) |
| RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION | 2 | ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS |
| RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML | 2 | ST; MO; QL (18 por 30 días); NDS |
| RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML | 2 | ST; MO; QL (12 por 30 días); NDS |
| REMICADE | 2 | PA; MO; QL (20 por 28 días); 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 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| SENOKOT-S TABLET | 3 | MO; ADD |
| <i>simethicone 125 mg tab chew</i> | 3 | ADD |
| <i>simethicone 180 mg softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>simethicone 80 mg tab chew</i> | 3 | MO; ADD |
| SKYRIZI INTRAVENOUS | 2 | PA; MO; QL (30 por 180 días); NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) | 2 | PA; MO; QL (1.2 por 56 días); NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) | 2 | PA; MO; QL (2.4 por 56 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sm clearlax powder</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm clearlax powder 7 once-daily doses</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm enema ready to use</i> | 3 | ADD; QL (399 por 30 días) |
| <i>sm enema ready to use twin pak</i> | 3 | ADD; QL (399 por 30 días) |
| <i>sm fiber 625 mg caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm fiber laxative 500 mg cplt</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm gas relief 125 mg chew tab</i> | 3 | MO; ADD |
| SM GAS RELIEF 180 MG SOFTGEL | 3 | 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 250 mg tablet gluten-free (rx)</i> | 3 | 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 original</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>sm motion sickness 50 mg tab</i> | 3 | ADD |
| SM READY TO USE MIN OIL ENEMA | 3 | ADD; QL (399 por 30 días) |
| <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 sftgl softgel</i> | 3 | ADD |
| <i>sm stool softener 100 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>sm stool softener 250 mg sftgl softgel</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 10/02/2024

| 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,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> | 1 | MO |
| <i>sodium,potassium,mag 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 |
| SYMPROIC | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| TRULANCE | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>tums ultra str chewy delights</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ursodiol oral capsule 300 mg</i> | 1 | MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>ursodiol oral tablet</i> | 1 | MO |
| VARUBI | 2 | B/D PA |
| VIBERZI | 2 | MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| VOWST | 2 | PA; LA; NDS |
| <i>v-r gas relief 80 mg tab chew</i> | 3 | ADD |
| <i>women's gentle lax ec 5 mg tab</i> | 3 | ADD |
| ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAY ED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT | 2 | MO |
| ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAY ED RELEASE(DR/EC) 60,000-189,600-252,600 UNIT | 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 10/02/2024

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

| | | |
|-----------|---|---------------------------------|
| ZYMFENTRA | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS |
|-----------|---|---------------------------------|

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

| | | |
|---|---|---------|
| <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 30 million capsule</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 |

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

| | | |
|---|---|---------|
| <i>atropine injection solution 0.4 mg/ml</i> | 1 | |
| <i>atropine injection syringe 0.1 mg/ml</i> | 1 | |
| <i>atropine intravenous solution 0.4 mg/ml</i> | 1 | |
| <i>atropine intravenous syringe 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/ml)</i> | 1 | |
| AZO COMPLETE FEMININE BALANCE | 3 | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| CULTURELLE WOMEN'S 4-IN-1 CAP | 3 | MO; ADD |
| <i>dicyclomine intramuscular</i> | 1 | MO |
| <i>dicyclomine oral capsule</i> | 1 | MO |
| <i>dicyclomine oral solution</i> | 1 | MO |
| <i>dicyclomine oral tablet</i> | 1 | MO |
| <i>diphenoxylate-atropine</i> | 1 | MO |
| EQL PROBIOTIC ACIDOPHIL-PECTIN | 3 | MO; ADD |
| FLORAJEN WOMEN 15 B CELL CAP | 3 | MO; ADD |
| <i>ft anti-diarrheal 2 mg caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft anti-diarrheal 2 mg softgel</i> | 3 | ADD |
| <i>ft stomach relief 525 mg/30 ml</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft stomach rlf 262 mg chew tab</i> | 3 | 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i> | 1 | MO |
| <i>gnp anti-diarrheal 2 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp pink bismuth 262 mg tb chw</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp pink bismuth 525 mg/15 ml</i> | 3 | ADD |
| GNP PROBIOTIC DIGEST 20B CFU | 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 |
| <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>lactobacillus capsule extra strength</i> | 3 | ADD |
| <i>loperamide 1 mg/7.5 ml soln</i> | 3 | MO; ADD |
| LOPERAMIDE 1 MG/7.5 ML SOLN | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| PRIMADOPHILUS ORIG DR 5B CFU | 3 | ADD |
| 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 |
| 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sm anti-diarrheal 2 mg softgel</i> | 3 | 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 |
| <i>stomach relief 525 mg/15 ml</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>stomach rlf 525 mg/30 ml susp</i> | 3 | MO; ADD |
| TRATAMIENTO DE ÚLCERAS | | |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| <i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <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>ft acid reducer 10 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>ft acid reducer 20 mg tablet</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>ft acid reducer dr 15 mg cap</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp acid reducer 10 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp acid reducer 20 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp esomeprazole mag dr 20 mg (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp lansoprazole dr 15 mg cap (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp omeprazole dr 20 mg tablet</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 |
| <i>gs lansoprazole dr 15 mg cap (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gs lansoprazole dr 15 mg odt (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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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>lansoprazole dr 15 mg capsule (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>lansoprazole dr 15 mg capsule 24hr, 3 bottles (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>lansoprazole dr 15 mg capsule inner (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>lansoprazole dr 15 mg capsule outer (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 cap</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 |
| <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 por 30 días) |
| <i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>pantoprazole intravenous</i> | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| 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>sb acid reducer tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>sm acid reducer 10 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>sm lansoprazole dr 15 mg cap (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</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 | PA; MO; NDS |
| ARCALYST | 2 | PA; NDS |
| AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT | 2 | PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS |
| AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT | 2 | PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS |
| BESREMI | 2 | PA; LA; NDS |
| BETASERON SUBCUTANEOUS KIT | 2 | PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS |
| FULPHILA | 2 | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| ILARIS (PF) | 2 | PA; MO; LA; QL (2 por 28 días); NDS |
| NIVESTYM | 2 | PA; MO; NDS |
| NYVEPRIA | 2 | PA; MO; NDS |
| OMNITROPE | 2 | PA; MO; NDS |
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION | 2 | MO; QL (4 por 28 días); NDS |
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE | 2 | MO; QL (2 por 28 días); NDS |
| PLEGRIDY INTRAMUSCULAR | 2 | PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML | 2 | PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML | 2 | PA; MO; QL (1 por 180 días); NDS |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML | 2 | PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML | 2 | PA; MO; QL (1 por 180 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| RELEUKO SUBCUTANEOUS | 2 | PA; MO; NDS |
| 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 |
| VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS | | |
| ABRYSVO (PF) | 1 | V |
| ACTHIB (PF) | 2 | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| 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 | |
| PREHEVBRIIO (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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 ORAL SUSPENSION | 2 | |
| ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION | 1 | |
| ROTATEQ VACCINE | 2 | |
| SHINGRIX (PF) | 1 | V; QL (2 por 720 días) |
| 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| VARIVAX (PF) | 1 | V |
| VAXCHORA VACCINE | 1 | V |
| YF-VAX (PF) | 1 | V |

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES

AGENTES COADYUVANTES

| | | |
|------------------------|---|-----------------|
| <i>dexrazoxane hcl</i> | 1 | B/D PA; MO; NDS |
| ELITEK | 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 10/02/2024

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

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES

| | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| <i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días); 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 por 30 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| ALECENSA | 2 | PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS |
| ALIQOPA | 2 | B/D PA; LA; NDS |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG | 2 | PA; QL (30 por 30 días); NDS |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG | 2 | PA; QL (60 por 30 días); NDS |
| ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK | 2 | PA; QL (30 por 180 días); NDS |
| <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 | 2 | PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS |
| AYVAKIT | 2 | PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>azacitidine</i> | 1 | B/D PA; MO; NDS |
| <i>azathioprine oral tablet 50 mg</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| <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 (180 por 30 días); NDS |
| BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG | 2 | PA; MO; QL (330 por 30 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| BOSULIF ORAL TABLET 100 MG | 2 | PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS |
| BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| BRAFTOVI | 2 | PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS |
| BRUKINSA | 2 | PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS |
| <i>busulfan</i> | 1 | B/D PA; NDS |
| CABOMETYX | 2 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| CALQUENCE | 2 | PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS |
| CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) | 2 | PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS |
| CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG | 2 | PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS |
| CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG | 2 | PA; LA; QL (30 por 30 días); 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 por 28 días); NDS |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) | 2 | PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) | 2 | PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS |
| COPIKTRA | 2 | PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS |
| COTELLIC | 2 | PA; MO; LA; QL (63 por 28 días); NDS |
| <i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i> | 1 | B/D PA; MO |
| <i>cyclophosphamide oral capsule</i> | 1 | B/D PA; MO |
| CYCLOPHOSPHA MIDE ORAL TABLET 25 MG | 2 | B/D PA |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| CYCLOPHOSPHA MIDE ORAL TABLET 50 MG | 2 | B/D PA; MO |
| <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 |
| <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 | B/D PA; NDS |
| DARZALEX | 2 | B/D PA; MO; LA; NDS |
| <i>daunorubicin</i> | 1 | B/D PA |
| DAURISMO ORAL TABLET 100 MG | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| DAURISMO ORAL TABLET 25 MG | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| <i>decitabine</i> | 1 | B/D PA; MO; NDS |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| ELIGARD | 2 | PA; MO |
| ELIGARD (3 MONTH) | 2 | PA; MO |
| ELIGARD (4 MONTH) | 2 | PA; MO |
| ELIGARD (6 MONTH) | 2 | PA; MO |
| ELREXFIO | 2 | PA; NDS |
| ELZONRIS | 2 | B/D PA; LA; NDS |
| EMPLICITI | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| ENVARUSUS 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 por 30 días); NDS |
| ERLEADA ORAL TABLET 240 MG | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| ERLEADA ORAL TABLET 60 MG | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| <i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>erlotinib oral tablet 25 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| ERWINASE | 2 | B/D PA; NDS |
| ETOPOPHOS | 2 | B/D PA; MO |
| <i>etoposide intravenous</i> | 1 | B/D PA; MO |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (330 por 30 días); NDS |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (180 por 30 días); 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 |

| 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 120 MG | 2 | PA; MO; NDS |
| 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 |
| FOTIVDA | 2 | PA; LA; QL (21 por 28 días); NDS |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG | 2 | PA; QL (84 por 28 días); NDS |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG | 2 | PA; QL (21 por 28 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>fulvestrant</i> | 1 | B/D PA; MO; NDS |
| FYARRO | 2 | PA; NDS |
| GAVRETO | 2 | PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS |
| GAZYVA | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| <i>gefitinib</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días); 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 por 30 días); NDS |
| GLEOSTINE | 2 | MO; NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>hydroxyurea</i> | 1 | MO |
| IBRANCE | 2 | PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS |
| ICLUSIG | 2 | PA; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>idarubicin</i> | 1 | B/D PA; MO |
| IDHIFA | 2 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); 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 por 30 días); NDS |
| <i>imatinib oral tablet 400 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG | 2 | PA; QL (120 por 30 días); NDS |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG | 2 | PA; QL (30 por 30 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| IMBRUVICA ORAL SUSPENSION | 2 | PA; QL (324 por 30 días); NDS |
| IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG | 2 | PA; QL (30 por 30 días); 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 por 30 días); NDS |
| INLYTA ORAL TABLET 5 MG | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| INQOVI | 2 | PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS |
| INREBIC | 2 | PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| ISTODAX | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| IWILFIN | 2 | PA; LA; QL (240 por 30 días); NDS |
| IXEMPRA | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| JAKAFI | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); 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 | B/D PA; NDS |
| KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG | 2 | PA; MO; QL (49 por 28 días); NDS |
| KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG | 2 | PA; MO; QL (70 por 28 días); 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 10/02/2024

| 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 por 28 días); NDS |
| KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1) | 2 | PA; MO; QL (21 por 28 días); NDS |
| KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2) | 2 | PA; MO; QL (42 por 28 días); NDS |
| KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3) | 2 | PA; MO; QL (63 por 28 días); NDS |
| KOSELUGO | 2 | PA; NDS |
| KRAZATI | 2 | PA; QL (180 por 30 días); 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 por 30 días); NDS |
| <i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>lenalidomide oral capsule 2.5 mg, 20 mg</i> | 1 | PA; QL (28 por 28 días); NDS |
| LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) | 2 | PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS |
| LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| <i>letrozole</i> | 1 | MO |
| <i>leuprolide subcutaneous kit</i> | 1 | PA; MO; NDS |
| LIBTAYO | 2 | PA; LA; NDS |
| LONSURF | 2 | PA; MO; NDS |
| LOQTORZI | 2 | PA; NDS |
| LORBRENA ORAL TABLET 100 MG | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| LORBRENA ORAL TABLET 25 MG | 2 | PA; MO; QL (90 por 30 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG | 2 | PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG | 2 | PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS |
| LUNSUMIO | 2 | PA; MO; NDS |
| LUPRON DEPOT | 2 | PA; MO; NDS |
| LYNPARZA | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| LYSODREN | 2 | NDS |
| LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3) | 2 | PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS |
| LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4) | 2 | PA; LA; QL (112 por 28 días); NDS |
| LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5) | 2 | PA; LA; QL (140 por 28 días); NDS |
| MARGENZA | 2 | B/D PA; NDS |
| MATULANE | 2 | NDS |
| <i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml)</i> | 1 | PA |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| MEKINIST ORAL RECON SOLN | 2 | PA; MO; QL (1200 por 30 días); NDS |
| MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG | 2 | PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS |
| MEKINIST ORAL TABLET 2 MG | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| MEKTOVI | 2 | PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| <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 por 28 días); NDS |
| NUBEQA | 2 | PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS |
| NULOJIX | 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>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 |
| <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 |
| ODOMZO | 2 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 2 | PA; QL (56 por 28 días); NDS |
| OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG | 2 | PA; QL (180 por 30 días); NDS |
| OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION | 2 | PA; QL (96 por 28 días); NDS |
| OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4) | 2 | PA; QL (16 por 28 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5) | 2 | PA; QL (20 por 28 días); NDS |
| OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6) | 2 | PA; QL (24 por 28 días); NDS |
| OJJAARA | 2 | PA; QL (30 por 30 días); NDS |
| ONCASPAR | 2 | B/D PA; NDS |
| ONIVYDE | 2 | B/D PA; NDS |
| ONUREG | 2 | PA; MO; QL (14 por 28 días); NDS |
| OPDIVO | 2 | PA; MO; NDS |
| OPDUALAG | 2 | PA; MO; NDS |
| ORGOVYX | 2 | PA; LA; QL (30 por 28 días); NDS |
| ORSERDU ORAL TABLET 345 MG | 2 | PA; QL (30 por 30 días); NDS |
| ORSERDU ORAL TABLET 86 MG | 2 | PA; QL (90 por 30 días); 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i> | 1 | B/D PA; MO |
| <i>oxaliplatin intravenous solution 200 mg/40 ml</i> | 1 | B/D PA |
| <i>paclitaxel</i> | 1 | B/D PA; MO |
| PADCEV | 2 | PA; MO; NDS |
| <i>paraplatin</i> | 1 | B/D PA |
| <i>pazopanib</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| PEMAZYRE | 2 | PA; LA; QL (28 por 28 días); 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1) | 2 | PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS |
| PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) | 2 | PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS |
| POLIVY | 2 | PA; MO; NDS |
| POMALYST | 2 | PA; MO; LA; QL (21 por 28 días); NDS |
| PORTRAZZA | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| POTELIGEO | 2 | PA; NDS |
| PRALATREXATE | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| 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 por 30 días); NDS |
| RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG | 2 | PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG | 2 | PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS |
| RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG | 2 | PA; LA; QL (60 por 30 días); NDS |
| RETEVMO ORAL TABLET 40 MG | 2 | PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS |
| REVLIMID | 2 | PA; MO; LA; QL (28 por 28 días); NDS |
| REZLIDHIA | 2 | PA; QL (60 por 30 días); NDS |
| REZUROCK | 2 | PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>romidepsin intravenous recon soln</i> | 1 | B/D PA; NDS |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG | 2 | PA; MO; QL (150 por 30 días); NDS |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG | 2 | PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS |
| ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET | 2 | PA; MO; QL (336 por 28 días); NDS |
| RUBRACA | 2 | PA; MO; LA; QL (120 por 30 días); NDS |
| RUXIENCE | 2 | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| RYBREVANT | 2 | PA; MO; NDS |
| RYDAPT | 2 | PA; MO; QL (224 por 28 días); NDS |
| RYLAZE | 2 | B/D PA; NDS |
| RYTELO | 2 | PA; NDS |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE | 2 | PA; MO; NDS |
| SARCLISA | 2 | PA; LA; NDS |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG | 2 | PA; QL (120 por 30 días); NDS |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG | 2 | PA; QL (600 por 30 días); NDS |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG | 2 | PA; QL (300 por 30 días); 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sorafenib</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| STIVARGA | 2 | PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS |
| <i>sunitinib malate</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| TABRECTA | 2 | PA; MO; NDS |
| <i>tacrolimus oral capsule</i> | 1 | B/D PA; MO |
| TAFINLAR ORAL CAPSULE | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION | 2 | PA; MO; QL (840 por 28 días); NDS |
| TAGRISSO | 2 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| TALVEY | 2 | PA; NDS |
| TALZENNA | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>tamoxifen</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG | 2 | PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS |
| TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| TAZVERIK | 2 | PA; LA; NDS |
| TECENTRIQ | 2 | B/D PA; MO; 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 |
| THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG | 2 | PA; MO; QL (28 por 28 días); NDS |
| THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG | 2 | PA; QL (56 por 28 días); 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>torpenz</i> | 1 | PA; QL (30 por 30 días); 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 |
| TRUQAP | 2 | PA; QL (64 por 28 días); NDS |
| TUKYSA ORAL TABLET 150 MG | 2 | PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS |
| TUKYSA ORAL TABLET 50 MG | 2 | PA; LA; QL (300 por 30 días); NDS |
| TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG | 2 | PA; LA; QL (120 por 30 días); NDS |
| UNITUXIN | 2 | B/D PA; NDS |
| <i>valrubicin</i> | 1 | B/D PA; MO; NDS |
| VANFLYTA | 2 | PA; QL (56 por 28 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|------------------------------|--|--|
| VECTIBIX | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG | 2 | PA; LA; QL (60 por 30 días) |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG | 2 | PA; LA; QL (180 por 30 días); NDS |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG | 2 | PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| VENCLEXTA STARTING PACK | 2 | PA; LA; QL (42 por 180 días); NDS |
| VERZENIO | 2 | PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); 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 por 30 días); NDS |
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG | 2 | PA; MO; LA; QL (180 por 30 días); NDS |
| VITRAKVI ORAL SOLUTION | 2 | PA; MO; LA; QL (300 por 30 días); NDS |
| VIZIMPRO | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|-----------------------------------|--|--|
| VONJO | 2 | PA; QL (120 por 30 días); NDS |
| VYXEOS | 2 | B/D PA; NDS |
| WELIREG | 2 | PA; LA; NDS |
| XALKORI ORAL CAPSULE | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| XALKORI ORAL PELLETT 150 MG | 2 | PA; MO; QL (180 por 30 días); NDS |
| XALKORI ORAL PELLETT 20 MG, 50 MG | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| XERMELO | 2 | PA; LA; QL (84 por 28 días); NDS |
| XOSPATA | 2 | PA; LA; QL (90 por 30 días); NDS |
| XPOVIO | 2 | PA; LA; NDS |
| XTANDI ORAL CAPSULE | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| XTANDI ORAL TABLET 40 MG | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| XTANDI ORAL TABLET 80 MG | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| YERVOY | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| YONDELIS | 2 | B/D 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------|--|--|
| ZALTRAP | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| ZANOSAR | 2 | B/D PA; MO |
| ZEJULA ORAL TABLET | 2 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| ZELBORAF | 2 | PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS |
| ZEPZELCA | 2 | PA; NDS |
| ZIRABEV | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| ZOLADEX | 2 | PA; MO |
| ZOLINZA | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| ZYDELIG | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| ZYKADIA | 2 | PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS |
| ZYNLONTA | 2 | PA; LA; NDS |
| ZYNYZ | 2 | PA; NDS |

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

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

| | | |
|------------------------------|---|--------|
| <i>benztropine injection</i> | 1 | MO |
| <i>benztropine oral</i> | 1 | PA; MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 por 30 días); 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 |
| <i>trihexyphenidyl oral tablet</i> | 1 | MO |

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| <i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| BELBUCA | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>buprenorphine hcl injection syringe</i> | 1 | |
| <i>buprenorphine hcl sublingual</i> | 1 | MO |
| <i>buprenorphine transdermal patch</i> | 1 | PA; MO; QL (4 por 28 días) |
| <i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i> | 1 | QL (360 por 30 días) |
| <i>endocet oral tablet 5-325 mg</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| <i>fentanyl citrate (pf) injection solution</i> | 1 | |
| <i>fentanyl citrate (pf) intravenous syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i> | 1 | |
| <i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i> | 1 | PA; MO; QL (10 por 30 días) |
| <i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i> | 1 | MO; QL (5550 por 30 días) |
| <i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| <i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i> | 1 | MO; QL (50 por 30 días) |
| <i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml, 2 mg/ml</i> | 1 | |
| <i>hydromorphone injection solution 1 mg/ml</i> | 1 | |
| <i>hydromorphone injection solution 2 mg/ml</i> | 1 | MO |
| <i>hydromorphone injection syringe 1 mg/ml, 4 mg/ml</i> | 1 | MO |
| <i>hydromorphone injection syringe 2 mg/ml</i> | 1 | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>hydromorphone oral liquid</i> | 1 | MO; QL (2400 por 30 días) |
| <i>hydromorphone oral tablet</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>hydromorphone oral tablet extended release 24 hr</i> | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>methadone injection solution</i> | 1 | |
| <i>methadone intensol</i> | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>methadone oral concentrate</i> | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| <i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i> | 1 | PA; MO; QL (600 por 30 días) |
| <i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i> | 1 | PA; MO; QL (1200 por 30 días) |
| <i>methadone oral tablet 10 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>methadone oral tablet 5 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (240 por 30 días) |
| <i>methadose oral concentrate</i> | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i> | 1 | |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>morphine (pf) injection solution 1 mg/ml</i> | 1 | MO |
| <i>morphine concentrate oral solution</i> | 1 | MO; QL (900 por 30 días) |
| <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 por 30 días) |
| <i>morphine oral tablet</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>morphine oral tablet extended release</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>oxycodone oral capsule</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| <i>oxycodone oral concentrate</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>oxycodone oral solution</i> | 1 | MO; QL (1200 por 30 días) |
| <i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>oxycodone oral tablet 5 mg</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| | | |
|--|---|--------------------------|
| <i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
|--|---|--------------------------|

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG | 2 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
|--|---|-----------------------------|

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| OXYCONTIN, ORAL ONLY, EXT.REL.12 HR 80 MG | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
|---|---|----------------------------------|

ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS

| | | |
|---------------------------------------|---|-----|
| <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 |
|------------------------------------|---|---------|

| | | |
|--|---|---------|
| <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 soln</i> | 3 | MO; ADD |
|---------------------------------------|---|---------|

| | | |
|---|---|-----|
| <i>acetaminophen 160 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>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 160 mg/5 ml syr inner</i> | 3 | ADD |
|--|---|-----|

| | | |
|--|---|-----|
| <i>acetaminophen 160 mg/5 ml syr 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 |
|--|---|-----|

| | | |
|---|---|-----|
| ACETAMINOPHEN 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 |
|------------------------------------|---|---------|

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 650 MG/20.3 ML CUP INNER | 3 | ADD |
| <i>acetaminophen 650 mg/20.3 ml cup outer</i> | 3 | ADD |
| ACETAMINOPHEN 650 MG/20.3 ML CUP OUTER | 3 | ADD |
| ACETAMINOPHEN 80 MG/2.5 ML SYR INNER | 3 | ADD |
| ACETAMINOPHEN 80 MG/2.5 ML SYR OUTER | 3 | ADD |
| <i>acetaminophen er 650 mg caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>acetaminophen er 650 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>acetaminophen er 650 mg tablet inner</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 outer</i> | 3 | MO; ADD |
| ACETAMINOPHEN POWDER USP (RX) | 3 | ADD |
| ACETAMINOPHEN-IBUPROFEN 250-125 MG CAPLET | 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 10/02/2024

| 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 por 30 días) |
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>butorphanol injection</i> | 1 | MO |
| <i>butorphanol nasal</i> | 1 | MO; QL (10 por 28 días) |
| <i>celecoxib</i> | 1 | MO |
| <i>child acetaminophen 160 mg</i> | 3 | ADD |
| <i>child ibuprofen 100 mg/5 ml syrg</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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, ibu/f</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 |
| <i>children ibuprofen 100 mg/5 ml cup u-d</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, 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 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 10/02/2024

| 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 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 por 28 días) |
| <i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump</i> | 1 | MO; QL (224 por 28 días); NDS |
| <i>diclofenac-misoprostol</i> | 1 | MO |
| <i>diflunisal</i> | 1 | MO |
| DOLOGESIC 500-1 MG CAPLET | 3 | ADD |
| DOLOGESIC-DF 500-1 MG CAPLET | 3 | ADD |
| <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 |
| FEVERALL 80 MG SUPPOSITORY INFANT'S, INNER | 3 | MO; ADD |
| FEVERALL 80 MG SUPPOSITORY INFANT'S, OUTER | 3 | MO; ADD |
| <i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> | 1 | MO |
| <i>ft 8 hour pain rlf er 650 mg</i> | 3 | ADD |
| <i>ft aspirin 325 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft aspirin ec 325 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft aspirin ec 81 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft child acetaminophen 160 mg</i> | 3 | ADD |
| <i>ft child ibuprofen 100 mg/5 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| <i>ft ibuprofen 200 mg caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft ibuprofen 200 mg mini sfgl</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft ibuprofen 200 mg softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft ibuprofen 200 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft ibuprofen ib 100 mg chew tb</i> | 3 | ADD |
| <i>ft naproxen sodium 220 mg cap</i> | 3 | ADD |
| <i>ft pain relief 325 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>ft pain relief 500 mg gelcap</i> | 3 | ADD |
| <i>ft pain relief 500 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <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 |
| <i>gnp ibuprofen 200 mg mini sfgl</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| <i>gs ibuprofen 200 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 child ibuprofen 100 mg/5 ml bubble gum</i> | 3 | ADD |
| <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 pain relief er 650 mg cplt</i> | 3 | ADD |
| <i>ibu</i> | 1 | MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>ibuprofen 200 mg caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ibuprofen 200 mg caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ibuprofen 200 mg caplet caplet, coated</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ibuprofen 200 mg coated caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ibuprofen 200 mg capsule</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ibuprofen 200 mg softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ibuprofen 200 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ibuprofen 200 mg tablet coated</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ibuprofen 200 mg tablet coated caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ibuprofen 200 mg/10 ml suspension cup 100's, u-d cups (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 800 mg</i> | 1 | MO |
| <i>ibuprofen oral tablet 600 mg</i> | 1 | |
| <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 |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 por 30 días) |
| <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 | |
| <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) 375 mg</i> | 1 | MO |
| <i>naproxen sodium 220 mg capsule</i> | 3 | ADD |
| <i>naproxen sodium 220 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 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>qc child pain rlf 160 mg/5 ml</i> | 3 | ADD |
| <i>qc ibuprofen 200 mg caplet</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 |
| <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>sb naproxen sod 220 mg caplet 12 hours</i> | 3 | ADD |
| <i>sb naproxen sod 220 mg caplet</i> | 3 | ADD |
| <i>sm 8 hour pain relief 650 mg 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sm arthritis pain er 650 mg caplet</i> | 3 | ADD |
| <i>sm arthritis pain er 650 mg tb</i> | 3 | 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 ibuprofen 100 mg/5 ml</i> | 3 | ADD |
| <i>sm child's pain reliever susp</i> | 3 | ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 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 |
| <i>sm pain reliever 500 mg caplet caplet, extra str</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>sm pain reliever er 650 mg</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 por 30 días) |
| <i>tramadol-acetaminophen</i> | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| VIVITROL | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 por 30 días) |
| ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |

ANTICONVULSIVANTES

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| APTIOM ORAL TABLET 200 MG | 2 | MO; QL (180 por 30 días); NDS |
| APTIOM ORAL TABLET 400 MG | 2 | MO; QL (90 por 30 días); NDS |
| APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| BRIVIACT INTRAVENOUS | 2 | MO; QL (600 por 30 días) |
| BRIVIACT ORAL SOLUTION | 2 | MO; QL (600 por 30 días); NDS |
| BRIVIACT ORAL TABLET | 2 | MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| <i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 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 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 |
| <i>carbamazepine oral tablet, chewable</i> | 1 | MO |
| <i>clobazam oral suspension</i> | 1 | PA; MO; QL (480 por 30 días) |
| <i>clobazam oral tablet</i> | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> | 1 | MO; QL (300 por 30 días) |
| <i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i> | 1 | MO; QL (300 por 30 días) |
| DIACOMIT | 2 | PA; LA; NDS |
| <i>diazepam rectal</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| FINTEPLA | 2 | PA; LA; QL (360 por 30 días); NDS |
| <i>fosphenytoin</i> | 1 | MO |
| FYCOMPA ORAL SUSPENSION | 2 | MO; QL (720 por 30 días); NDS |
| FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG | 2 | MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| <i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i> | 1 | MO; QL (270 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral capsule 300 mg</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> | 1 | MO; QL (2160 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)</i> | 1 | QL (2160 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>lacosamide intravenous</i> | 1 | MO; QL (1200 por 30 días) |
| <i>lacosamide oral solution</i> | 1 | MO; QL (1200 por 30 días) |
| <i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>lacosamide oral tablet 50 mg</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>lamotrigine oral tablet</i> | 1 | MO |
| <i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i> | 1 | MO |
| <i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</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 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| <i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> | 1 | |
| <i>phenytoin sodium 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>pregabalin oral solution</i> | 1 | MO; QL (900 por 30 días) |
| PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG | 2 | MO |
| <i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> | 1 | MO |
| <i>roweepra oral tablet 500 mg</i> | 1 | MO |
| <i>rufinamide 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 |
| <i>subvenite oral tablet 150 mg</i> | 1 | |
| SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| <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 por 30 días); NDS |
| <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 por 28 días); NDS |
| XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG | 2 | MO; QL (30 por 30 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) | 2 | MO; QL (28 por 180 días) |
| XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) | 2 | MO; QL (28 por 180 días); NDS |
| ZONISADE | 2 | PA; MO; NDS |
| <i>zonisamide</i> | 1 | PA; MO |
| ZTALMY | 2 | PA; LA; QL (1100 por 30 días); NDS |

| MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS | | |
|---|---|-------------------------------|
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML | 2 | MO; QL (2.4 por 56 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML | 2 | MO; QL (3.2 por 56 días); NDS |
| ABILIFY MAINTENA | 2 | MO; QL (1 por 28 días); 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 por 30 días) |
| <i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| ARISTADA INITIO | 2 | MO; QL (4.8 por 365 días); NDS |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML | 2 | MO; QL (3.9 por 56 días); NDS |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML | 2 | MO; QL (1.6 por 28 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML | 2 | MO; QL (2.4 por 28 días); NDS |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML | 2 | MO; QL (3.2 por 28 días); NDS |
| <i>armodafinil</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>asenapine maleate</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| AUVELITY | 2 | ST; QL (60 por 30 días); NDS |
| BELSOMRA | 2 | PA; QL (30 por 30 días) |
| <i>bupropion hcl oral tablet</i> | 1 | MO |
| <i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>bupropion hcl oral tablet extended release 12 hr</i> | 1 | MO |
| CAPLYTA | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>chlorpromazine</i> | 1 | MO |
| <i>citalopram oral solution</i> | 1 | MO |
| <i>citalopram oral tablet</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>clomipramine</i> | 1 | MO |
| <i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr</i> | 1 | MO |
| <i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (360 por 30 días) |
| <i>clozapine</i> | 1 | |
| <i>desipramine</i> | 1 | MO |
| <i>desvenlafaxine succinate</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 por 30 días) |
| <i>diazepam oral concentrate</i> | 1 | PA; QL (240 por 30 días) |
| <i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i> | 1 | PA; MO; QL (1200 por 30 días) |
| <i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)</i> | 1 | PA; QL (1200 por 30 días) |
| <i>diazepam oral tablet</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>doxepin oral capsule</i> | 1 | MO |
| <i>doxepin oral concentrate</i> | 1 | MO |
| <i>doxepin oral tablet</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| DRIZALMA ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG | 2 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>duloxetine oral capsule,delayered release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| EMSAM | 2 | MO; NDS |
| <i>escitalopram oxalate oral solution</i> | 1 | MO |
| <i>escitalopram oxalate oral tablet</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>eszopiclone</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| FANAPT ORAL TABLET | 2 | ST; MO; QL (60 por 30 días) |
| FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK | 2 | ST; MO; QL (8 por 180 días) |
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) | 2 | QL (28 por 180 días) |
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTEN DED RELEASE 24 HR | 2 | QL (30 por 30 días) |
| <i>flumazenil</i> | 1 | |
| <i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>fluoxetine oral solution</i> | 1 | MO |
| <i>fluphenazine decanoate</i> | 1 | MO |
| <i>fluphenazine hcl</i> | 1 | MO |
| <i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>fluvoxamine oral tablet 25 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>haloperidol</i> | 1 | MO |
| <i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i> | 1 | |
| <i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i> | 1 | MO |
| <i>haloperidol lactate injection</i> | 1 | MO |
| <i>haloperidol lactate intramuscular</i> | 1 | |
| <i>haloperidol lactate oral</i> | 1 | MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>imipramine hcl</i> | 1 | MO |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML | 2 | MO; QL (3.5 por 180 días); NDS |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML | 2 | MO; QL (5 por 180 días); NDS |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML | 2 | MO; QL (0.75 por 28 días); NDS |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML | 2 | MO; QL (1 por 28 días); NDS |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML | 2 | MO; QL (1.5 por 28 días); NDS |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML | 2 | MO; QL (0.25 por 28 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| 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 por 28 días); NDS |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML | 2 | MO; QL (0.88 por 90 días); NDS |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML | 2 | MO; QL (1.32 por 90 días); NDS |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML | 2 | MO; QL (1.75 por 90 días); NDS |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML | 2 | MO; QL (2.63 por 90 días); NDS |
| <i>lithium carbonate</i> | 1 | MO |
| <i>lithium citrate</i> | 1 | |
| <i>lorazepam injection solution</i> | 1 | PA; MO |
| <i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i> | 1 | PA; MO |
| <i>lorazepam intensol</i> | 1 | PA; QL (150 por 30 días) |
| <i>lorazepam oral concentrate</i> | 1 | PA; MO; QL (150 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (150 por 30 días) |
| <i>loxapine succinate</i> | 1 | MO |
| <i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| MARPLAN | 2 | MO |
| <i>methylphenidate hcl oral capsule,erbiphasic 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 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>modafinil oral tablet 200 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg</i> | 1 | |
| <i>molindone oral tablet 5 mg</i> | 1 | MO |
| <i>nefazodone</i> | 1 | MO |
| <i>nortriptyline</i> | 1 | MO |
| NUPLAZID | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>olanzapine intramuscular</i> | 1 | MO |
| <i>olanzapine oral</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>paroxetine hcl oral suspension</i> | 1 | MO |
| <i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>pentobarbital sodium injection solution</i> | 1 | |
| <i>perphenazine</i> | 1 | MO |
| <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 por 30 días) |
| <i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>ramelteon</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| REXULTI ORAL TABLET | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i> | 1 | MO; QL (2 por 28 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> | 1 | MO; QL (2 por 28 días); 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 por 30 días) |
| <i>risperidone oral tablet 4 mg</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| SECUADO | 2 | MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>sertraline oral concentrate</i> | 1 | MO |
| <i>sertraline oral tablet 100 mg, 50 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>sertraline oral tablet 25 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054) | 2 | PA; LA; QL (540 por 30 días); NDS |
| SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) | 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 por 30 días) |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML | 2 | MO; QL (0.28 por 28 días); NDS |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXT ENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML | 2 | MO; QL (0.35 por 28 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML | 2 | MO; QL (0.42 por 56 días); NDS |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML | 2 | MO; QL (0.56 por 56 días); NDS |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML | 2 | MO; QL (0.7 por 56 días); NDS |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML | 2 | MO; QL (0.14 por 28 días); NDS |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML | 2 | MO; QL (0.21 por 28 días); NDS |
| <i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |

| 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 75 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>venlafaxine oral tablet</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| VERSACLOZ | 2 | NDS |
| <i>vilazodone</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| VRAYLAR ORAL CAPSULE | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>zaleplon oral capsule 10 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>zaleplon oral capsule 5 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>ziprasidone hcl</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>ziprasidone mesylate</i> | 1 | MO |
| <i>zolpidem oral tablet</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG | 2 | PA; MO; QL (28 por 365 días); NDS |
| ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG | 2 | PA; MO; QL (14 por 365 días); NDS |
| ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG | 2 | MO; QL (2 por 28 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| 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 por 28 días); NDS |
|---|---|-----------------------------|

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG | 2 | MO; QL (1 por 28 días); NDS |
|---|---|-----------------------------|

RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA

| | | |
|--|---|----|
| <i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</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 |
|------------------------|---|----|

| | | |
|---|---|----|
| <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 |
|-------------------------------|---|----|

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

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS

| | | |
|-------------------------|---|----------------------------|
| AIMOVIG AUTOINJECTOR | 2 | PA; MO; QL (1 por 30 días) |
|-------------------------|---|----------------------------|

| | | |
|------------------------------------|---|-----|
| <i>dihydroergotamine injection</i> | 1 | NDS |
|------------------------------------|---|-----|

| | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|
| <i>dihydroergotamine nasal</i> | 1 | QL (8 por 28 días); NDS |
|--------------------------------|---|-------------------------|

| | | |
|--------------|---|----------------------------|
| EMGALITY PEN | 2 | PA; MO; QL (2 por 30 días) |
|--------------|---|----------------------------|

| | | |
|--|---|----------------------------|
| EMGALITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML | 2 | PA; MO; QL (2 por 30 días) |
|--|---|----------------------------|

| | | |
|----------------------------|---|----|
| <i>ergotamine-caffeine</i> | 1 | MO |
|----------------------------|---|----|

| | | |
|--------------------|---|-------------------------|
| <i>naratriptan</i> | 1 | MO; QL (18 por 28 días) |
|--------------------|---|-------------------------|

| | | |
|------------|---|-------------------------|
| NURTEC ODT | 2 | PA; QL (16 por 30 días) |
|------------|---|-------------------------|

| | | |
|---------|---|-----------------------------|
| QULIPTA | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
|---------|---|-----------------------------|

| | | |
|--------------------|---|-------------------------|
| <i>rizatriptan</i> | 1 | MO; QL (24 por 28 días) |
|--------------------|---|-------------------------|

| | | |
|--------------------|---|-------------------------|
| <i>sumatriptan</i> | 1 | MO; QL (18 por 28 días) |
|--------------------|---|-------------------------|

| | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------|
| <i>sumatriptan succinate oral</i> | 1 | MO; QL (18 por 28 días) |
|-----------------------------------|---|-------------------------|

| | | |
|---|---|------------------------|
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml</i> | 1 | MO; QL (8 por 28 días) |
|---|---|------------------------|

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> | 1 | QL (8 por 28 días) |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> | 1 | QL (8 por 28 días) |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> | 1 | MO; QL (8 por 28 días) |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i> | 1 | MO; QL (8 por 28 días) |
| UBRELVY | 2 | PA; QL (20 por 30 días) |

TRATAMIENTO NEUROLÓGICO DIVERSOS

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| BRIUMVI | 2 | PA; MO; QL (24 por 180 días); NDS |
| <i>dalfampridine</i> | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (14 por 30 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 180 días); NDS |
| <i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| <i>donepezil</i> | 1 | MO |
| <i> fingolimod</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>galantamine</i> | 1 | MO |
| <i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> | 1 | PA; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> | 1 | PA; QL (12 por 28 días); NDS |
| <i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> | 1 | PA; MO; QL (12 por 28 días); NDS |
| INGREZZA | 2 | PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) | 2 | PA; LA; QL (28 por 180 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| INGREZZA SPRINKLE | 2 | PA; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| KESIMPTA PEN | 2 | PA; MO; QL (1.6 por 28 días); 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 |
| 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 por 30 días); NDS |
| <i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (240 por 30 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| VUMERITY | 2 | PA; MO; QL (120 por 30 días); NDS |
| ZEPOSIA | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) | 2 | PA; MO; QL (28 por 180 días); NDS |
| ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) | 2 | PA; MO; QL (7 por 180 días); NDS |
| MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO | | |
| AGENTES VARIOS | | |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| AYR SALINE NASAL GEL SPRAY | 3 | MO; ADD |
| <i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> | 1 | QL (60 por 30 días) |
| <i>baby ayr saline 0.65% drops</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>child saline 0.65% nasal spray</i> | 3 | ADD |
| <i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i> | 1 | MO |
| 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 | |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>fluoride (sodium) dental paste</i> | 1 | MO |
| <i>ft nasal spray 0.05%</i> | 3 | ADD |
| 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 |
| <i>gs no drip 0.05% nasal spray</i> | 3 | ADD |
| <i>gs sinus nasal spray 0.05%</i> | 3 | ADD |
| <i>ipratropium bromide nasal</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| NASADROPS SALINE ON THE GO AMP | 3 | PA; ADD |
| <i>nasal decongestant 0.05% spray</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>nasal decongestant 0.05% spray 12hr, maximum str.</i> | 3 | 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 |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>no drip 0.05% nasal spray</i> | 3 | ADD |
| <i>oralone</i> | 1 | |
| <i>periogard</i> | 1 | MO |
| <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 |
| <i>saline mist 0.65% nose spry</i> | 3 | MO; ADD |
| SALINE NASAL GEL | 3 | ADD |
| <i>sb 12hr nasal spray 0.05%</i> | 3 | ADD |
| <i>sb saline 0.65% nose spray</i> | 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 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 10/02/2024

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

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

ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS

| | | |
|---|---|-------------------------|
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> | 1 | MO; QL (7.5 por 7 días) |
| <i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i> | 1 | MO |

PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS

| | | |
|----------------------------------|---|---------|
| <i>acetic acid 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 | |

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

| | | |
|-------------------------------------|---|---------|
| <i>fluocinolone acetonide oil</i> | 1 | MO |
| <i>ft ear wax removal 6.5% drop</i> | 3 | ADD |
| <i>ft ear wax removal 6.5% kit</i> | 3 | ADD |
| <i>hydrocortisone-acetic acid</i> | 1 | MO |
| <i>ofloxacin otic (ear)</i> | 1 | MO |
| <i>sm ear drops 6.5%</i> | 3 | MO; ADD |

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS

| | | |
|----------------------------|---|-----|
| AFTERA 1.5 MG TABLET | 3 | ADD |
| <i>altavera (28)</i> | 1 | MO |
| <i>alyacen 1/35 (28)</i> | 1 | MO |
| <i>alyacen 7/7/7 (28)</i> | 1 | MO |
| <i>amethyst (28)</i> | 1 | MO |
| <i>apri</i> | 1 | MO |
| <i>aranelle (28)</i> | 1 | MO |
| <i>aubra eq</i> | 1 | MO |
| <i>aviane</i> | 1 | MO |
| <i>azurette (28)</i> | 1 | MO |
| <i>camrese</i> | 1 | MO |
| <i>cryselle (28)</i> | 1 | MO |
| <i>curae 1.5 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>cyred eq</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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.fa oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i> | 1 | MO |
| <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 one-step 1.5 mg tablet inner</i> | 3 | ADD |
| <i>econtra one-step 1.5 mg tablet outer</i> | 3 | ADD |
| <i>elinest</i> | 1 | MO |
| <i>enpresse</i> | 1 | MO |
| <i>enskyce</i> | 1 | MO |
| <i>estarylla</i> | 1 | MO |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> | 1 | |
| <i>falmina (28)</i> | 1 | MO |
| <i>her style 1.5 mg tablet</i> | 3 | ADD |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | 1 | MO |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | 1 | |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month</i> | 1 | |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic</i> | 1 | |
| <i>levora-28</i> | 1 | MO |
| <i>loryna (28)</i> | 1 | MO |
| <i>low-ogestrel (28)</i> | 1 | MO |
| <i>lo-zumandimine (28)</i> | 1 | MO |
| <i>luter (28)</i> | 1 | MO |
| <i>marlissa (28)</i> | 1 | MO |
| <i>microgestin 1.5/30 (21)</i> | 1 | MO |
| <i>microgestin 1/20 (21)</i> | 1 | MO |
| <i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> | 1 | MO |
| <i>microgestin fe 1/20 (28)</i> | 1 | MO |
| <i>mili</i> | 1 | MO |
| <i>mono-lynyah</i> | 1 | MO |
| <i>my choice 1.5 mg tablet</i> | 3 | ADD |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET (OTC) | 3 | ADD |
| <i>portia 28</i> | 1 | MO |
| <i>reclipsen (28)</i> | 1 | MO |
| <i>setlakin</i> | 1 | MO |
| <i>sprintec (28)</i> | 1 | MO |
| <i>sronyx</i> | 1 | MO |
| <i>syeda</i> | 1 | MO |
| TAKE ACTION 1.5 MG TABLET | 3 | ADD |
| <i>tarina 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>zovia 1-35 (28)</i> | 1 | MO |
| <i>zumandimine (28)</i> | 1 | MO |
| ESTRÓGENOS/PROGESTINAS | | |
| <i>camila</i> | 1 | MO |
| <i>deblitane</i> | 1 | MO |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 | 2 | MO |
| <i>dotti</i> | 1 | PA; MO; QL (8 por 28 días) |
| 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 por 28 días) |
| <i>estradiol transdermal patch weekly</i> | 1 | PA; MO; QL (4 por 28 días) |
| <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>heather</i> | 1 | MO |
| IMVEXXY MAINTENANCE PACK | 2 | MO |
| IMVEXXY STARTER PACK | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 por 28 días) |
| <i>lyza</i> | 1 | |
| <i>medroxyprogesterone</i> | 1 | MO |
| <i>mimvey</i> | 1 | PA; MO |
| <i>nora-be</i> | 1 | MO |
| <i>norethindrone (contraceptive)</i> | 1 | |
| <i>norethindrone acetate</i> | 1 | MO |
| <i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> | 1 | PA; MO |
| PREMARIN ORAL | 2 | MO |
| PREMARIN VAGINAL | 2 | MO |
| PREMPHASE | 2 | MO |
| PREMPRO | 2 | MO |
| <i>progesterone</i> | 1 | MO |
| <i>progesterone micronized</i> | 1 | MO |
| <i>sharobel</i> | 1 | MO |
| <i>yuvafem</i> | 1 | |

OXITÓCICOS

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|------------------------------|--|--|
| <i>methylergonovine oral</i> | 1 | PA |

PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS

| | | |
|---|---|---------|
| <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 |
| LILETTA | 2 | MO |
| <i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> | 1 | MO |
| <i>miconazole 2% vaginal cream</i> | 3 | ADD |
| <i>miconazole 3 combo pack</i> | 3 | MO; ADD |

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sm miconazole 7 100 mg vag sup</i> | 3 | 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>xulane</i> | 1 | |
| <i>zafemy</i> | 1 | MO |

OFTALMOLOGÍA

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

| | | |
|---|---|----|
| <i>bromfenac</i> | 1 | MO |
| <i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i> | 1 | MO |
| <i>flurbiprofen sodium</i> | 1 | MO |
| <i>ketorolac ophthalmic (eye)</i> | 1 | MO |

AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS

| | | |
|-------------------------------------|---|----|
| <i>apraclonidine</i> | 1 | MO |
| <i>brimonidine ophthalmic (eye)</i> | 1 | MO |

ANTIBIÓTICOS

| | | |
|---|---|----|
| <i>bacitracin ophthalmic (eye)</i> | 1 | MO |
| <i>bacitracin-polymyxin b</i> | 1 | MO |
| <i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>erythromycin ophthalmic (eye)</i> | 1 | MO; QL (3.5 por 14 días) |
| <i>gatifloxacin</i> | 1 | MO |
| <i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i> | 1 | MO; QL (70 por 30 días) |
| <i>levofloxacin ophthalmic (eye)</i> | 1 | |
| <i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i> | 1 | MO |
| <i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous</i> | 1 | |
| <i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> | 1 | MO |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> | 1 | MO |
| <i>neo-polycin</i> | 1 | |
| <i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i> | 1 | MO |
| <i>polycin</i> | 1 | |
| <i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> | 1 | MO |
| <i>tobramycin ophthalmic (eye)</i> | 1 | MO; QL (10 por 14 días) |
| ANTIVÍRICOS | | |
| <i>trifluridine</i> | 1 | MO |
| ZIRGAN | 2 | MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| BETABLOQUEANTES | | |
| <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 |
| COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS | | |
| <i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> | 1 | MO |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> | 1 | MO |
| <i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i> | 1 | MO |
| <i>neo-polycin hc</i> | 1 | |
| TOBRADEX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT | 2 | MO; QL (3.5 por 14 días) |
| <i>tobramycin-dexamethasone</i> | 1 | MO; QL (10 por 14 días) |
| ESTEROIDES | | |
| <i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| | | |
|---|---|---------|
| <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

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

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

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 |
| BION TEARS 0.1%-0.3% DROP | 3 | MO; ADD |
| BORIC ACID GRANULAR NF, EP (RX) | 3 | ADD |
| BORIC ACID GRANULES NF (RX) | 3 | ADD |
| BORIC ACID POWDER N.F (RX) | 3 | ADD |
| BORIC ACID POWDER NF (RX) | 3 | ADD |
| BORIC ACID POWDER USP/NF (OTC) | 3 | ADD |
| <i>bss</i> | 1 | |
| <i>carboxymethylcell 0.5% eye drp</i> | 3 | ADD |
| <i>carboxymethylcell 0.5% eye drp inner</i> | 3 | ADD |
| <i>carboxymethylcell 0.5% eye drp 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 por 30 días) |
| 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 |
| 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| HYPROMELLOSE POWDER USP (RX) | 3 | ADD |
| <i>ketotifen fum 0.025% eye drops (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ketotifen fum 0.035% eye drops (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>lubricant 0.5% eye drop</i> | 3 | MO; 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 |
| <i>lubricating plus 0.5% eye drps p/f, 30x0.4ml</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>lubrifresh pm eye ointment</i> | 3 | ADD |
| METHOCEL E 4 M PREMIUM POWDER (RX) | 3 | ADD |
| METHOCEL E 4 M PREMIUM POWDER USP (RX) | 3 | ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| MIEBO (PF) | 2 | MO; QL (12 por 30 días) |
| MURO-128 2% EYE DROPS | 3 | MO; ADD |
| MURO-128 5% EYE DROPS | 3 | MO; ADD |
| MURO-128 5% EYE OINTMENT | 3 | MO; ADD |
| OXERVATE | 2 | PA; MO; NDS |
| <i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i> | 1 | MO |
| 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 | ADD |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| SYSTANE BALANCE 0.6% EYE DROP TWIN PACK, 2 X 10ML | 3 | MO; ADD |
| SYSTANE COMPLETE 0.6% EYE DROP | 3 | MO; ADD |
| SYSTANE COMPLETE PF 0.6% 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| 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 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 softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>co q-10 200 mg softgel p/f, no lactose (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 p/f,lact/f, softgel (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>co q-10 50 mg softgel (rx)</i> | 3 | ADD |
| CO Q-10 ORAL CAPSULE 50 MG | 3 | ADD |
| <i>coenzyme q-10 30 mg softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>coenzyme q10 50 mg capsule p/f,s/f (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>coenzyme q10 50 mg softgel softgel (otc)</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 |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| ORAL MIX SF VEHICLE | 3 | ADD |
| ORA-PLUS SUSPENDING VEHICLE | 3 | ADD |
| PCCA CLARIFYING BASE | 3 | ADD |
| PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS | 3 | ADD |
| <i>q-sorb co q-10 100 mg 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 co q-10 50 mg softgel softgel, gluten-free (rx)</i> | 3 | 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 |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| <i>yl coenzyme q10 30 mg sftgl softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR | | |
| <i>bupropion hcl (smoking deter)</i> | 1 | MO |
| <i>gnp nicotine 2 mg chewing gum</i> | 3 | MO; ADD |
| GNP NICOTINE 2 MG LOZENGE OUTER | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp nicotine 2 mg mini lozenge</i> | 3 | MO; ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| GNP NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE | 3 | MO; ADD |
| GNP NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE OUTER | 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 |
| GNP NICOTINE 4 MG LOZENGE OUTER | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp nicotine 4 mg mini lozenge</i> | 3 | MO; ADD |
| GNP NICOTINE 4 MG MINI LOZENGE | 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>hm nicotine 2 mg chewing gum</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>hm nicotine 2 mg mini lozenge</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>hm nicotine 4 mg chewing gum</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 FRESH MINT | 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 10/02/2024

| 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 |
| <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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 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 |
| NICOTINE 2 MG LOZENGE MINT | 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 |
| NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE | 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 |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| NICOTINE 4 MG LOZENGE MINT | 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 |
| NICOTINE 4 MG MINI LOZENGE | 3 | MO; ADD |
| <i>nicotine 4 mg mini lozenge inner</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>nicotine 4 mg mini lozenge mini,mint,3 quittube</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>nicotine 4 mg mini lozenge outer</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>nicotine 7 mg/24hr patch (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>nicotine 7 mg/24hr patch outer (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>nicotine 7 mg/24hr patch outer, clear, step 3 (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>nicotine 7 mg/24hr patch step 3 (otc)</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| AGENTES VARIOS | | |
| <i>acamprosate</i> | 1 | MO |
| <i>acetic acid irrigation</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| ALPHA LIPOIC ACID ORAL CAPSULE 100 MG | 3 | MO; ADD |
| <i>anagrelide</i> | 1 | MO |
| BENZYL ALCOHOL LIQUID NF (RX) | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|-------------------------------------|--|--|
| BENZYL BENZOATE LIQUID (OTC) | 3 | ADD |
| BENZYL BENZOATE LIQUID (RX) | 3 | ADD |
| <i>caffeine citrate intravenous</i> | 1 | |
| <i>caffeine citrate oral</i> | 1 | MO |
| CAFFEINE POWDER USP,ANHYDROUS (RX) | 3 | ADD |
| 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 (OTC) | 3 | ADD |
| CAPSULE #0 CLEAR/CLEAR (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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|-------------------------------------|--|--|
| CAPSULE #0 FUN CAPS LOCKING (RX) | 3 | ADD |
| CAPSULE #0 GREEN TRANS/CLEAR (RX) | 3 | ADD |
| CAPSULE #0 GREEN,MINT FLAVOR (RX) | 3 | ADD |
| 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/CLEAR (RX) | 3 | ADD |
| CAPSULE #0 RED/RED (RX) | 3 | ADD |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------------------------|--|--|
| CAPSULE #00 YELLOW/YELLOW (RX) | 3 | ADD |
| CAPSULE #000 CLEAR LOCKING (RX) | 3 | ADD |
| CAPSULE #000 CLEAR/CLEAR (RX) | 3 | ADD |
| 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/BLUE (RX) | 3 | ADD |
| CAPSULE #1 BLUE/CLEAR (RX) | 3 | ADD |
| CAPSULE #1 BLUE/PINK 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 10/02/2024

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| <i>dex4 glucose 4 gm tablet chew assorted flavors (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>dex4 glucose 4 gm tablet chew grape flavor (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>dex4 glucose 4 gm tablet chew orange flavor (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>dex4 glucose 4 gm tablet chew raspberry flavor (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 |
| <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 | |
| <i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> | 1 | |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| FERRLECIT 62.5 MG/5 ML VIAL OUTER, SUV | 3 | PA; MO; ADD |
| FERRLECIT 62.5 MG/5 ML VIAL SUV, OUTER | 3 | PA; MO; ADD |
| FLAVOR SWEET-SF SYRUP | 3 | ADD |
| FRUCTOSE GRANULES USP (OTC) | 3 | ADD |
| FRUCTOSE GRANULES USP (RX) | 3 | ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 grape</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>glucose 4 gram tablet chew sour apple</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>glucose oral tablet,chewable 4 gram</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>glutamine (sickle cell)</i> | 1 | PA; MO; NDS |
| <i>gnp glucose 4 gram tablet chew 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>gnp glucose 4 gram tablet chew orange (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp glucose 4 gram tablet chew raspberry (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp glucose tablet chew wrong ndc por mfg</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp quick dissolve glucose tab n,caffeine free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp watermelon glucose tab na/f,fat free,no caf</i> | 3 | MO; ADD |
| GREAT VALUE DISTILLED WATER (RX) | 3 | ADD |
| <i>hy-vee glucose tab</i> | 3 | MO; ADD |
| INCRELEX | 2 | MO; LA; NDS |
| <i>kionex (with sorbitol)</i> | 1 | |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| LACTOSE ANHYDROUS POWDER NF (RX) | 3 | ADD |
| LACTOSE MONOHYDRATE POWDER NF (RX) | 3 | ADD |
| LACTOSE MONOHYDRATE POWDER NF, HYDROUS (RX) | 3 | ADD |
| LACTOSE MONOHYDRATE POWDER NF, SPRAY DRIED (RX) | 3 | ADD |
| LACTOSE POWDER USP/NF, ANHYDROUS | 3 | ADD |
| L-CARNITINE POWDER (RX) | 3 | ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i> | 1 | MO |
| <i>levocarnitine oral tablet</i> | 1 | MO |
| L-GLUTAMINE 4 GRAM/SCOOP POWDR (RX) | 3 | ADD |
| L-GLUTAMINE POWDER FCC | 3 | ADD |
| L-GLUTAMINE POWDER MFG NO RESPONSE | 3 | ADD |
| L-GLUTAMINE POWDER USP (OTC) | 3 | ADD |
| 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>longs glucose 4 gram tab chew raspberry flavor (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>methylcellulose 1,500 cps pwd (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>methylcellulose 4,000 cps pwd</i> | 3 | ADD |
| METHYLCELLULOSE 4,000 CPS PWD | 3 | ADD |
| <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 |
| 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 |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>pub glucose 4 gram tablet chew 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>reality glucose tablet chew</i> | 3 | MO; ADD |
| REZDIFRA | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| <i>riluzole</i> | 1 | PA; MO |
| <i>risedronate oral tablet 30 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>sesame oil nf (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>sesame oil usp/nf</i> | 3 | ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>sm glucose 4 gram tab chew 6's (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml inner, p/f, sdv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml outer, p/f, sdv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml sdv,inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml sdv,outer</i> | 3 | PA; 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 | |
| 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>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 |
|---|--|--|
| 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 |
| ANTÍDOTOS | | |
| <i>acetylcysteine intravenous</i> | 1 | |
| SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN | | |
| <i>lactated ringers irrigation</i> | 1 | |
| <i>neomycin-polymyxin b gu</i> | 1 | |
| <i>ringer's irrigation</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO | | |
| <i>callus removers patch</i> | 3 | ADD |
| <i>corn remover 40% patch</i> | 3 | ADD |
| DHS SAL 3% SHAMPOO | 3 | MO; ADD |
| <i>liquid corn-callus remover</i> | 3 | ADD |
| <i>liquid wart remover 17%</i> | 3 | ADD |
| SALICYLIC ACID (BULK) POWDER | 3 | ADD |
| SALICYLIC ACID POWDER (RX) | 3 | ADD |
| SALICYLIC ACID POWDER USP (RX) | 3 | ADD |
| SALICYLIC ACID POWDER USP/NF (OTC) | 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 |
| ANTIBACTERIANOS TÓPICOS | | |
| <i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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% SURGICAL SCRUB | 3 | ADD |
| BETADINE SURGICAL SCRUB | 3 | ADD |
| BETADINE SWABSTICKS 200'S | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| 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 por 30 días) |
| GNP ANTIBIOTIC-PAIN RELIEF CRM | 3 | ADD |
| <i>gnp povidone-iodine 10% soln</i> | 3 | ADD |
| GS FIRST AID ANTIBIOTIC OINT | 3 | ADD |
| <i>mupirocin</i> | 1 | MO; QL (44 por 30 días) |
| 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>sb povidone-iodine 10% soln</i> | 3 | ADD |
| <i>sm antibiotic 500 unit/gm oint</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| 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 |
| ANTIMICÓTICOS TÓPICOS | | |
| ALEVAZOL 1% OINTMENT | 3 | MO; ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| <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 |
| <i>butenafine hcl 1% cream</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ciclodan topical solution</i> | 1 | MO; QL (6.6 por 28 días) |
| <i>ciclopirox topical cream</i> | 1 | MO; QL (90 por 28 días) |
| <i>ciclopirox topical gel</i> | 1 | MO; QL (100 por 28 días) |
| <i>ciclopirox topical shampoo</i> | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| <i>ciclopirox topical solution</i> | 1 | MO; QL (6.6 por 28 días) |
| <i>ciclopirox topical suspension</i> | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| <i>clotrimazole 1% solution (otc)</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>clotrimazole 1% topical cream (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>clotrimazole topical cream 1 %</i> | 1 | MO; QL (45 por 28 días) |
| <i>clotrimazole topical solution 1 %</i> | 1 | MO; QL (30 por 28 días) |
| <i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i> | 1 | MO; QL (45 por 28 días) |
| <i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i> | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| <i>critic-aid clear af 2% oint 12's, w/ antifungal</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>cvs jock itch 1% cream</i> | 3 | ADD |
| <i>econazole</i> | 1 | MO; QL (85 por 28 días) |
| <i>ft antifungal 1% cream</i> | 3 | ADD |
| <i>ft antifungal 2% topical cream</i> | 3 | ADD |
| <i>ft athlete's foot 1% cream</i> | 3 | ADD |
| FT ATHLETE'S FOOT 1% CREAM | 3 | ADD |
| <i>fungoid 2% tincture</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gentian violet 1% solution</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp athlete's foot 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|-------------------------------------|--|--|
| <i>gnp miconazorb af 2% powder</i> | 3 | ADD |
| <i>ketoconazole topical cream</i> | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| <i>ketoconazole topical shampoo</i> | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| <i>klayesta</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>miconazole 2% topical cream</i> | 3 | MO; ADD |
| MICONAZOLE NITRATE 2% SOLUTION | 3 | ADD |
| <i>naftifine topical gel 2 %</i> | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| <i>nyamyc</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>nystatin topical cream</i> | 1 | MO; QL (30 por 28 días) |
| <i>nystatin topical ointment</i> | 1 | MO; QL (30 por 28 días) |
| <i>nystatin topical powder</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>nystatin-triamcinolone</i> | 1 | MO; QL (60 por 28 días) |
| <i>nystop</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>qc antifungal 1% cream</i> | 3 | ADD |
| <i>qc tolnaftate 1% cream</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sm antifungal 1% cream</i> | 3 | ADD |
| <i>sm antifungal 1% topical 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>tolnaft-al 1% liquid</i> | 3 | ADD |
| <i>tolnaftate 1% cream</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>tolnaftate 1% powder</i> | 3 | MO; ADD |
| ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS | | |
| <i>acitretin</i> | 1 | MO |
| <i>anti-dandruff 1% shampoo</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>calcipotriene scalp</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>calcipotriene topical cream</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>calcipotriene topical ointment</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| COSENTYX (2 SYRINGES) | 2 | PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS |
| COSENTYX INTRAVENOUS | 2 | PA; QL (20 por 28 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| COSENTYX PEN | 2 | PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS |
| COSENTYX PEN (2 PENS) | 2 | PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS |
| COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML | 2 | PA; MO; QL (5 por 28 días); NDS |
| COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML | 2 | PA; MO; QL (2.5 por 28 días); NDS |
| COSENTYX UNOREADY PEN | 2 | PA; MO; QL (10 por 28 días); NDS |
| <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 por 28 días); NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS |
| SOTYKTU | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| STELARA INTRAVENOUS | 2 | PA; MO; QL (104 por 180 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION | 2 | PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS |
| STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML | 2 | PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS |
| STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML | 2 | PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS |
| TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS |
| TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS |

ANTIVIRALES TÓPICOS

| | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|
| <i>acyclovir topical ointment</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>penciclovir</i> | 1 | MO; QL (5 por 30 días) |

CORTICOESTEROIDES TÓPICOS

| | | |
|-------------------------------------|---|----|
| <i>ala-cort topical cream 1 %</i> | 1 | MO |
| <i>ala-cort topical cream 2.5 %</i> | 1 | |
| <i>alclometasone</i> | 1 | MO |
| <i>betamethasone dipropionate</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 por 28 días) |
| <i>clobetasol topical cream</i> | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| <i>clobetasol topical foam</i> | 1 | MO; QL (100 por 28 días) |
| <i>clobetasol topical gel</i> | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| <i>clobetasol topical lotion</i> | 1 | MO; QL (118 por 28 días) |
| <i>clobetasol topical ointment</i> | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| <i>clobetasol topical shampoo</i> | 1 | MO; QL (236 por 28 días) |
| <i>clobetasol-emollient topical cream</i> | 1 | MO; QL (120 por 28 días) |
| <i>desonide topical cream</i> | 1 | MO |
| <i>desonide topical ointment</i> | 1 | MO |
| <i>fluocinolone</i> | 1 | MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>fluocinolone and shower cap</i> | 1 | MO |
| <i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>fluocinonide topical gel</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>fluocinonide topical ointment</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>fluocinonide topical solution</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>fluocinonide-emollient</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>fluticasone propionate topical cream</i> | 1 | MO |
| <i>fluticasone propionate topical ointment</i> | 1 | MO |
| <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>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 10/02/2024

| 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 | |
| ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS | | |
| <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 |
| <i>lice killing shampoo</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 10/02/2024

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

| | | |
|---|---|-------------------------|
| <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 por 30 días) |
| <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 |

PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| ADBRY SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR | 2 | PA; QL (6 por 28 días); NDS |
| ADBRY SUBCUTANEOUS SYRINGE | 2 | PA; MO; QL (6 por 28 días); 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 |
| <i>ammonium lactate topical cream 12 %</i> | 1 | MO |

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

| | | |
|---|---|---------|
| <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 41% ORIGINAL OINTMENT | 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 10/02/2024

| 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; QL (57 por 30 días) |
| 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 compound tincture usp/nf</i> | 3 | ADD |
| <i>benzoin tincture (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>benzoin tincture (rx)</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; QL (60 por 30 días) |
| CAPSAICIN 0.025% HEAT PATCH | 3 | ADD; QL (28 por 30 días) |
| <i>capsaicin 0.075% cream</i> | 3 | ADD; QL (57 por 30 días) |
| <i>capsaicin 0.1% cream</i> | 3 | MO; ADD; QL (43 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|------------------------------------|--|--|
| <i>capsaicin 0.1% cream</i> | 3 | MO; ADD; QL (57 por 30 días) |
| CAPSIMIDE 0.025% PATCH | 3 | ADD; QL (28 por 30 días) |
| 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 por 30 días); NDS |
| CLEODERM CLARIFYING CREAM BASE | 3 | ADD |
| COCONUT OIL CREAM | 3 | ADD |
| CUTTER 10% SPRAY | 3 | ADD |
| CUTTER ALL FAMILY 7% 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------------------------|--|--|
| CUTTER ALL FAMILY 7.15% WIPE | 3 | ADD |
| CUTTER BACKWOODS 25% SPRAY | 3 | ADD |
| CUTTER BACKWOODS DRY 25% SPRAY | 3 | ADD |
| 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 DRY SKIN THERAPY CREAM (RX) | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| CVS INSECT REPELLENT 15% SPRAY | 3 | ADD |
| CVS MOISTURIZING CREAM | 3 | ADD |
| CVS MOISTURIZING CREAM (RX) | 3 | ADD |
| CVS TOTAL HOME INSECT 30% SPR | 3 | ADD |
| <i>daylogic advanced healing oint</i> | 3 | ADD |
| D-CERIN 33% CREAM INNER | 3 | ADD |
| D-CERIN 33% CREAM OUTER | 3 | ADD |
| <i>dermabase cream (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>dermacinrx lidocan</i> | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| <i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i> | 1 | PA; MO; QL (100 por 28 días) |
| 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 por 28 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| DUPIXENT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML | 2 | PA; MO; QL (8 por 28 días); NDS |
| DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML | 2 | PA; QL (1.34 por 28 días); NDS |
| DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML | 2 | PA; MO; QL (4.56 por 28 días); NDS |
| DUPIXENT SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML | 2 | PA; MO; QL (8 por 28 días); 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 ADVANCED REPAIR CREAM | 3 | ADD |
| EUCERIN CREAM (RX) | 3 | MO; ADD |
| EUCERIN CREME (RX) | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| EUCERIN SKIN CALMING CREAM CREME | 3 | MO; ADD |
| EUCERIN SKIN CALMING CREAM CREME,FRAGRANCE-FREE | 3 | MO; ADD |
| FLANDERS BUTTOCKS OINTMENT | 3 | ADD |
| <i>fluorouracil topical cream 5 %</i> | 1 | MO |
| <i>fluorouracil topical solution</i> | 1 | MO |
| <i>glycerin (bulk) liquid 100 %</i> | 3 | ADD |
| 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 emollient usp</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 liquid usp/nf, synthetic</i> | 3 | ADD |
| <i>glycerin skin protectant liq anhydrous synthetic (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>glydo</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| GNP CAPSAICIN 0.025% PATCH | 3 | ADD; QL (28 por 30 días) |
| GNP ITCH RELIEF 2%-0.1% SPRAY | 3 | ADD |
| GOLD BOND ADV HEALING 45% OINT | 3 | ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 | |
| <i>lidocaine 4% cream</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>lidocaine 4% cream</i> | 3 | MO; ADD; QL (30 por 30 días) |
| <i>lidocaine hcl injection solution</i> | 1 | |
| <i>lidocaine hcl laryngotracheal</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>lidocaine hcl mucous membrane solution</i> | 1 | MO |
| <i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i> | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>lidocaine topical ointment</i> | 1 | MO; QL (36 por 30 días) |
| <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 por 30 días) |
| <i>lidocan iii</i> | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| <i>lidocan iv</i> | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| <i>lidocan v</i> | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| LIP BALM BASE (RX) | 3 | ADD |
| MAXI-DEET 98.11% SPRAY | 3 | ADD |
| <i>methoxsalen</i> | 1 | MO; NDS |
| MICRODERM BASE CREAM | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| OFF DEEP WOODS SPORTMN 25% SPR | 3 | ADD |
| OFF DEEP WOODS SPORTMN 30% SPR | 3 | ADD |
| OFF DEEP WOODS SPORTMN 98.25% | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| <i>petrolatum base ointment</i> | 3 | ADD |
| PFCB CREAM BASE | 3 | ADD |
| PHARMABASE ANTIOXIDANT CREAM (RX) | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 por 30 días) |
| <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 |
| 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| RANGER READY REPELLENT 20% SPR | 3 | ADD |
| REGRANEX | 2 | QL (15 por 30 días); 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 |
| REPEL SPORTSMEN 29% SPRAY | 3 | ADD |
| REPEL SPORTSMEN DRY 25% SPRAY | 3 | ADD |
| REPEL SPORTSMEN MAX 40% LOTION | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| REPEL SPORTSMEN MAX 40% SPRAY | 3 | ADD |
| REPEL TICK DEFENSE 15% SPRAY | 3 | ADD |
| SANTYL | 2 | MO; QL (180 por 30 días) |
| 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 |
| <i>ssd</i> | 1 | MO |
| STUDIO 35 MOIST SKIN CREAM | 3 | ADD |
| <i>tacrolimus topical</i> | 1 | PA; MO; QL (100 por 30 días) |
| TENDER CARE LANOLIN CREAM | 3 | ADD |
| <i>therapeutic moisturizing cream fragrance free</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>therapeutic moisturizing cream fragrance-free</i> | 3 | ADD |
| <i>tridacaine ii</i> | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| <i>tridacaine iii</i> | 1 | PA; QL (90 por 30 días) |
| 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 |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------------------------|--|--|
| 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; QL (57 por 30 días) |
| <i>zinc oxide 20% ointment (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| TRATAMIENTO DEL ACNÉ | | |
| <i>acutane</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 |
| ACNE MEDICATION 5% GEL | 3 | MO; ADD |
| ACNE MEDICATION 5% LOTION | 3 | MO; ADD |
| <i>adapalene 0.1% gel (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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>amnesteem</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 aqueous (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>benzoyl peroxide 5% wash (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>bpo 6% foaming cloths outer (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>claravis</i> | 1 | |
| <i>clindamycin phosphate topical gel</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>clindamycin phosphate topical gel, once daily</i> | 1 | MO; QL (150 por 30 días) |
| <i>clindamycin phosphate topical lotion</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>clindamycin phosphate topical solution</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| DIFFERIN 0.1% GEL (OTC) | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>ery pads</i> | 1 | MO |
| <i>erythromycin with ethanol topical solution</i> | 1 | MO |
| <i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>metronidazole topical</i> | 1 | MO |
| <i>tazarotene topical cream 0.05 %</i> | 1 | PA |
| <i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> | 1 | PA; MO |
| <i>tazarotene topical gel</i> | 1 | PA; MO |
| <i>tretinoin topical</i> | 1 | PA; MO |
| <i>zenatane</i> | 1 | |
| SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES | | |
| AGENTES ANTITIROIDEOS | | |
| <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 |
| HORMONAS SUPRARRENALES | | |
| <i>cortisone</i> | 1 | |
| <i>dexamethasone intensol</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (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 intensol</i> | 1 | MO |
| <i>prednisone oral solution</i> | 1 | MO |
| <i>prednisone oral tablet</i> | 1 | MO |
| <i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg (48 pack), 5 mg (48 pack)</i> | 1 | |
| <i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 5 mg</i> | 1 | MO |
| <i>triamcinolone acetone injection suspension 40 mg/ml</i> | 1 | MO |
| HORMONAS TIROIDEAS | | |
| <i>euthyrox</i> | 1 | MO |
| <i>levo-t</i> | 1 | |
| <i>levothyroxine intravenous recon soln</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>levothyroxine oral tablet</i> | 1 | |
| <i>levoxyl oral tablet 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 |
| HORMONAS VARIAS | | |
| ALDURAZYME | 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 |
| CRYSVITA | 2 | PA; MO; LA; NDS |
| <i>danazol</i> | 1 | MO |
| <i>desmopressin injection</i> | 1 | MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| LUMIZYME | 2 | PA; MO; NDS |
| MEPSEVII | 2 | PA; MO; NDS |
| <i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> | 1 | PA; MO; NDS |
| NAGLAZYME | 2 | PA; MO; LA; NDS |
| OVIDREL 250 MCG/0.5 ML SYRG | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>pamidronate intravenous solution</i> | 1 | MO |
| <i>paricalcitol intravenous</i> | 1 | |
| <i>paricalcitol oral</i> | 1 | MO |
| <i>sapropterin</i> | 1 | PA; MO; NDS |
| SOMAVERT | 2 | PA; MO; NDS |
| STRENSIQ | 2 | PA; 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 por 30 días) |
| <i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> | 1 | PA; MO; QL (300 por 30 días) |
| <i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> | 1 | PA; MO; QL (150 por 30 días) |
| <i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> | 1 | PA; MO; QL (300 por 30 días) |
| <i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram)</i> | 1 | PA; QL (37.5 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i> | 1 | PA; MO; QL (150 por 30 días) |
| <i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app</i> | 1 | PA; MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>tolvaptan</i> | 1 | PA; MO; NDS |
| VIMIZIM | 2 | PA; MO; LA; NDS |
| <i>zoledronic acid intravenous solution</i> | 1 | B/D PA; MO |
| <i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml</i> | 1 | B/D PA; MO |
| TRATAMIENTO DE LA DIABETES | | |
| <i>acarbose oral tablet 100 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>acarbose oral tablet 25 mg</i> | 1 | MO; QL (360 por 30 días) |
| <i>acarbose oral tablet 50 mg</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| <i>alcohol pads</i> | 2 | PA; MO |
| BAQSIMI | 2 | MO |
| BYDUREON BCISE | 2 | PA; MO; QL (4 por 28 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML) 2.4 ML | 2 | PA; MO; QL (2.4 por 30 días) |
| BYETTA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML) 1.2 ML | 2 | PA; MO; QL (1.2 por 30 días) |
| CHEMSTRIP 10 MD | 3 | PA; ADD |
| CHEMSTRIP 50B | 3 | PA; ADD |
| CHEMSTRIP 7 | 3 | PA; ADD |
| CVS KETONE CARE TEST STRIP | 3 | PA; ADD |
| <i>diazoxide</i> | 1 | MO |
| DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS | 2 | PA |
| FARXIGA ORAL TABLET 10 MG | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| FARXIGA ORAL TABLET 5 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>glimepiride oral tablet 1 mg</i> | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| <i>glimepiride oral tablet 2 mg</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>glimepiride oral tablet 4 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>glipizide oral tablet 10 mg</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>glipizide oral tablet 5 mg</i> | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| <i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i> | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| <i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i> | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| <i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |
| GLYXAMBI | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| GVOKE | 2 | MO |
| GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML | 2 | |
| GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2 ML | 2 | MO |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK | 2 | MO |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML | 2 | MO |
| GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 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 |
| HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN | 2 | MO |
| HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN | 2 | MO |
| HUMULIN N NPH U-100 INSULIN | 2 | MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN | 2 | MO |
| HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN | 2 | MO |
| HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN | 2 | MO |
| INPEFA | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION | 2 | MO |
| JANUMET | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| JANUVIA | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| JARDIANCE | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| JENTADUETO | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| KETO-DIASTIX REAGENT STRIPS | 3 | PA; 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 |
| <i>metformin oral tablet 1,000 mg</i> | 1 | MO; QL (75 por 30 días) |
| <i>metformin oral tablet 500 mg</i> | 1 | MO; QL (150 por 30 días) |
| <i>metformin oral tablet 850 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> | 1 | MO; QL (120 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| MOUNJARO | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días) |
| MULTISTIX 10 SG REAGENT STRIPS | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>nateglinide oral tablet 120 mg</i> | 1 | MO; QL (90 por 30 días) |
| <i>nateglinide oral tablet 60 mg</i> | 1 | MO; QL (180 por 30 días) |
| OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) | 2 | PA; MO; QL (3 por 28 días) |
| <i>pioglitazone</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i> | 1 | MO; QL (960 por 30 días) |
| <i>repaglinide oral tablet 1 mg</i> | 1 | MO; QL (480 por 30 días) |
| <i>repaglinide oral tablet 2 mg</i> | 1 | MO; QL (240 por 30 días) |
| RYBELSUS | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>saxagliptin</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 5-1,000 mg, 5-500 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 7.5-1,000 MG, 7.5-500 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| SEGLUROMET ORAL TABLET 2.5-500 MG | 2 | MO; QL (120 por 30 días) |
| SOLIQUA 100/33 | 2 | MO; QL (90 por 30 días) |
| STEGLATRO | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| SYMLINPEN 120 | 2 | PA; MO; QL (10.8 por 30 días); NDS |
| SYMLINPEN 60 | 2 | PA; MO; QL (6 por 30 días); NDS |
| SYNJARDY | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR | 2 | MO |
| TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN | 2 | MO |
| TRADJENTA | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |
| TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| TRULICITY | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG | 2 | MO; QL (30 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

XIGDUO XR
ORAL TABLET, IR-
ER, BIPHASIC
24HR 2.5-1,000
MG, 5-1,000 MG, 5-
500 MG

2

MO; QL (60
por 30 días)

SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| ACTEMRA ACTPEN | 2 | PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS |
| ACTEMRA INTRAVENOUS | 2 | PA; MO; QL (160 por 28 días); NDS |
| ACTEMRA SUBCUTANEOUS | 2 | PA; MO; QL (3.6 por 28 días); NDS |
| BENLYSTA | 2 | PA; MO; NDS |
| CYLTEZO(CF) PEN | 2 | PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS |
| CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- HS | 2 | PA; QL (6 por 180 días); NDS |
| CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- UV | 2 | PA; QL (4 por 180 días); NDS |

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

CYLTEZO(CF)
SUBCUTANEOUS
SYRINGE KIT 10
MG/0.2 ML, 20
MG/0.4 ML

2

PA; MO; QL
(2 por 28 días);
NDS

CYLTEZO(CF)
SUBCUTANEOUS
SYRINGE KIT 40
MG/0.4 ML

2

PA; QL (4 por
28 días); NDS

CYLTEZO(CF)
SUBCUTANEOUS
SYRINGE KIT 40
MG/0.8 ML

2

PA; MO; QL
(4 por 28 días);
NDS

ENBREL MINI

2

PA; MO; QL
(8 por 28 días);
NDS

ENBREL
SUBCUTANEOUS
SOLUTION

2

PA; MO; QL
(8 por 28 días);
NDS

ENBREL
SUBCUTANEOUS
SYRINGE

2

PA; MO; QL
(8 por 28 días);
NDS

ENBREL
SURECLICK

2

PA; MO; QL
(8 por 28 días);
NDS

HUMIRA
(PREFERRED
NDCS STARTING
WITH 00074)
SUBCUTANEOUS
SYRINGE KIT 40
MG/0.8 ML

2

PA; MO; QL
(4 por 28 días);
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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) | 2 | PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS |
| HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS |
| HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML | 2 | PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS |
| HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML | 2 | PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS |
| HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML | 2 | PA; MO; QL (2 por 28 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) | 2 | PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS |
| HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC (ONLY NDCS STARTING WITH 00074) | 2 | PA; QL (4 por 180 días); NDS |
| HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS NDCS STARTING WITH 00074) | 2 | PA; MO; QL (3 por 180 días); NDS |
| <i>leflunomide</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| ORENCIA (WITH MALTOSE) | 2 | PA; MO; QL (12 por 28 días); NDS |
| ORENCIA CLICKJECT | 2 | PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS |
| ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML | 2 | PA; MO; QL (4 por 28 días); NDS |
| ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML | 2 | PA; MO; QL (1.6 por 28 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 87.5 MG/0.7 ML | 2 | PA; MO; QL (2.8 por 28 días); NDS |
| OTEZLA ORAL TABLET 20 MG | 2 | PA; QL (60 por 30 días); NDS |
| OTEZLA ORAL TABLET 30 MG | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51) | 2 | PA; QL (55 por 180 días); NDS |
| OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) | 2 | PA; MO; QL (55 por 180 días); NDS |
| <i>penicillamine oral tablet</i> | 1 | PA; MO; NDS |
| RIDAURA | 2 | MO; NDS |
| RINVOQ LQ | 2 | PA; MO; QL (360 por 30 días); NDS |
| RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); 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 45 MG | 2 | PA; MO; QL (84 por 180 días); NDS |
| SAVELLA ORAL TABLET | 2 | QL (60 por 30 días) |
| SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK | 2 | QL (55 por 180 días) |
| TYENNE AUTOINJECTOR | 2 | PA; QL (3.6 por 28 días); NDS |
| TYENNE INTRAVENOUS | 2 | PA; QL (160 por 28 días); NDS |
| TYENNE SUBCUTANEOUS | 2 | PA; QL (3.6 por 28 días); NDS |
| XELJANZ ORAL SOLUTION | 2 | PA; MO; QL (480 por 24 días); NDS |
| XELJANZ ORAL TABLET | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| XELJANZ XR | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS | 2 | PA; QL (3 por 180 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML | 2 | PA; QL (4 por 28 días); NDS |
| YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML | 2 | PA; QL (2 por 28 días); NDS |
| YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML | 2 | PA; QL (2 por 28 días); NDS |
| YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML | 2 | PA; QL (4 por 28 días); 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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>alendronate oral solution</i> | 1 | MO; QL (300 por 28 días) |
| <i>alendronate oral tablet 10 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i> | 1 | MO; QL (4 por 28 días) |
| <i>ibandronate intravenous solution</i> | 1 | PA |
| <i>ibandronate intravenous syringe</i> | 1 | PA; MO |
| <i>ibandronate oral</i> | 1 | MO; QL (1 por 30 días) |
| PROLIA | 2 | PA; MO; QL (1 por 180 días) |
| <i>raloxifene</i> | 1 | MO |
| <i>risedronate oral tablet 150 mg</i> | 1 | MO; QL (1 por 30 días) |
| <i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i> | 1 | MO; QL (4 por 28 días) |
| <i>risedronate oral tablet 5 mg</i> | 1 | MO; QL (30 por 30 días) |
| <i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec)</i> | 1 | MO; QL (4 por 28 días) |
| TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML) | 2 | PA; QL (2.48 por 28 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| <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 |
| <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 |
| <i>ALL DAY SINUS-COLD-D 220-120 MG</i> | 3 | ADD |
| <i>aller-chlor 4 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>aller-g-time 25 mg caplet</i> | 3 | ADD |
| <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 12.5 mg/5 ml</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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>allergy relief d-24hr tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>allergy relief-d tablet</i> | 3 | ADD |
| <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 |
| <i>allergy rlf (fexo) 60 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>allergy-conges relfer tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>allergy-conges relfer tablet non-drowsy, 24 hr rlf</i> | 3 | ADD |
| <i>allergy-congestion rlf 12h tab</i> | 3 | ADD |
| ALL-NITE COLD-FLU RELIEF LIQ | 3 | ADD |
| <i>aprodine tablet</i> | 3 | MO; 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 |
| <i>benzonatate 100 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 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 |
| BRANTUSSIN DM 2-15-7.5 MG/5 ML | 3 | 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 |
| <i>cetirizine hcl 10 mg chew tab 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 10/02/2024

| 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 & 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, inner</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>cetirizine hcl 5 mg chew tab children's,outer,u-d</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>cetirizine hcl 5 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>cetirizine hcl 5 mg tablet indoor & outdoor</i> | 3 | MO; ADD |

| 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 inner</i> | 3 | ADD |
| <i>cetirizine hcl 5 mg/5 ml solution cup outer</i> | 3 | ADD |
| <i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i> | 1 | MO |
| <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</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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>child allergy 5 mg/5 ml soln</i> | 3 | ADD |
| <i>child allergy relief 1 mg/ml</i> | 3 | ADD |
| <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 CGH-CLD NIGHT LIQ | 3 | ADD |
| CHILD DELSYM COUGH 30 MG/5 ML AGE 4+,GRAPE | 3 | ADD |
| CHILD DELSYM COUGH 30 MG/5 ML AGE 4+,ORANGE | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| CHILD DELSYM COUGH PLUS DY-NT | 3 | ADD |
| <i>child delsym cough-chest dm lq</i> | 3 | ADD |
| CHILD LORATADINE 5 MG TAB CHEW | 3 | MO; ADD |
| <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 COUGH-CONGEST LQ | 3 | 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 M-S COLD NIGHT | 3 | ADD |
| CHILD MUCINEX MULTI-SYMPTOM LQ | 3 | ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| CHILD MUCINEX STUFFY NOSE-CHST | 3 | MO; ADD |
| <i>child mucus relief cough liq cherry,child</i> | 3 | ADD |
| <i>children's cold-cough elixir red grape,child</i> | 3 | ADD |
| <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 |
| <i>chlorpheniramine er 12 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>codeine-guaifen 10-100 mg/5 ml (otc)</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| COLD-SINUS RLF 200-30 MG LIQCAP | 3 | ADD |
| 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| DAY TIME COLD-FLU SOFTGEL SOFTGEL | 3 | ADD |
| DAYTIME COLD-FLU RELIEF LIQUID | 3 | ADD |
| DAYTIME COLD-FLU RELIEF SFTGL | 3 | 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>diphedryl 12.5 mg/5 ml elixir</i> | 3 | ADD |
| <i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml</i> | 3 | ADD |
| <i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml cup inner</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 inner</i> | 3 | ADD |
| <i>diphenhydramine 25 mg/10 ml cup 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>diphenhydramine hcl injection syringe</i> | 1 | MO |
| DM-GUAIF-PE 18-200-10 MG/15 ML | 3 | 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 (2 por 30 días) |
| <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 |
| <i>fexofenadine hcl 60 mg tablet (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-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>ft ad allergy (cetrzn) 10 mg tb</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft ad allergy (lorat) 10 mg tb</i> | 3 | ADD |
| <i>ft adult tussin 200 mg/10 ml</i> | 3 | ADD |
| <i>ft adult tussin cf liquid</i> | 3 | ADD |
| <i>ft allergy (chlorphen) 4 mg tb</i> | 3 | ADD |
| <i>ft allergy (diphen) 25 mg cap</i> | 3 | ADD |
| FT ALLERGY (DIPHEN) 25 MG CHEW | 3 | ADD |
| <i>ft allergy (diphen) 25 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>ft allergy (fexo) 180 mg tab</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| <i>ft allergy (fexo) 60 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>ft allergy multi-symptom cplt</i> | 3 | ADD |
| <i>ft chest cong rlf dm 400-20 mg</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft chest cong rlf pe 400-10 mg</i> | 3 | ADD |
| <i>ft chest congest 400 mg caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft child allergy 12.5 mg/5 ml</i> | 3 | ADD |
| FT CHILD ALLERGY RLF 5 MG CHEW | 3 | ADD |
| FT DAYTIME SEVERE CLD-FLU CPLT | 3 | ADD |
| FT DAYTIME SEVERE COLD-FLU LIQ | 3 | ADD |
| <i>ft daytime-nighttime cold-flu</i> | 3 | ADD |
| <i>ft mucus dm er 600-30 mg tab</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft mucus dm max er 1200-60 mg</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft mucus relief d er 600-60 mg</i> | 3 | ADD |
| FT MUCUS RELIEF ER 1,200 MG TB | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| <i>ft mucus relief er 600 mg tab</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ft nasal decong pe 10 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>ft nasal decongest 30 mg tab</i> | 3 | ADD |
| FT NIGHT SEVERE COLD-FLU LIQ | 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 |
| GNP COLD HEAD CONGST SEVR CPLT | 3 | ADD |
| GNP COLD MAX DAY-NIGHT CAPLET | 3 | ADD |
| GNP COLD MAX DAYTIME 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| GNP COLD-FLU SEVERE CAPLET | 3 | ADD |
| <i>gnp fexofenadine-pse er 60-120 (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp loratadine 10 mg odt</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp loratadine 10 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp mucus dm max er 1200-60 mg</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp mucus er 600 mg tablet</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 SEVERE 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>gs all day allergy-d tablet</i> | 3 | 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 |
| <i>gs child allergy 12.5 mg/5 ml</i> | 3 | ADD |
| <i>gs child allergy rlf 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| GS DAYTIME COLD-FLU SOFTGEL | 3 | ADD |
| GS FLU-SEV COLD-COUGH DAY PKT | 3 | ADD |
| <i>gs mucus er 600 mg caplet</i> | 3 | MO; 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 |
| <i>gs nighttime 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 | MO; ADD |
| GS TUSSIN DM 200-20 MG/20 ML | 3 | ADD |
| <i>gs tussin dm cough syrup</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| <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 er 600 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>guaifenesin er 600 mg tablet inner</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>guaifenesin er 600 mg tablet outer</i> | 3 | MO; ADD |
| GUAIFENESIN-CODEINE 100-10 MG/5 ML CUP INNER (OTC) | 3 | MO; ADD |
| GUAIFENESIN-CODEINE 200-20 MG/10 ML CUP INNER (OTC) | 3 | MO; ADD |
| <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</i> | 3 | 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</i> | 3 | 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</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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</i> | 3 | 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 PDX 1.25 MG/ML DROP | 3 | ADD |
| HISTEX-DM SYRUP | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| <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 |
| HYCODAN 5 MG-1.5 MG TABLET | 3 | PA; 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 |
| HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML SOLUTION CUP OUTER | 3 | ADD |
| <i>hydrocodone-chlorphen er susp</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml solution cup inner</i> | 3 | PA; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>hydrocodone-homatropine 5-1.5 mg tablet</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>hydrocodone-homatropine soln</i> | 3 | PA; 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 por 30 días) |
| <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 |
| <i>loratadine 10 mg tablet</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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| MICLARA LQ 1.25 MG/5 ML SYRUP | 3 | ADD |
| MUCINEX COLD-FLU HBP LIQ GEL | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>mucinex dm er 600-30 mg tablet bi-layer</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 |
| <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 CPLT | 3 | ADD |
| MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU LIQ | 3 | ADD |
| MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU LIQ | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT | 3 | ADD |
| MUCINEX FASTMAX COLD-NTSHFT LQ | 3 | ADD |
| MUCINEX FAST-MAX CONGEST-COUGH | 3 | MO; ADD |
| MUCINEX FAST-MAX CONGEST-HEAD | 3 | ADD |
| MUCINEX FASTMAX CONG-NTSHFT LQ | 3 | ADD |
| <i>mucinex fast-max dm max liquid</i> | 3 | ADD |
| <i>mucinex fast-max dm max liquid maximum strength</i> | 3 | ADD |
| MUCINEX FAST-MAX DM NIGHTSHIFT | 3 | ADD |
| MUCINEX FAST-MAX DY-NT CLD-FLU | 3 | ADD |
| MUCINEX FASTMX CLD-NTSHFT CPLT | 3 | ADD |
| MUCINEX FASTMX CNG-NTSHFT CPLT | 3 | ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------------------|--|--|
| 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 SINUS-MAX CONG-PAIN LQ | 3 | ADD |
| MUCINEX SINUSMAX DAY-NT CAPLET | 3 | ADD |
| MUCINEX SINUS-MAX DY-NT LIQGEL | 3 | ADD |
| MUCINEX SINUS-MAX NIGHTSHFT LQ | 3 | ADD |
| MUCINEX SINUS-MAX PRESSURE-CGH | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| <i>nasal decongestant 30 mg tab</i> | 3 | ADD |
| <i>nasal decongestant 30 mg tab 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 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| <i>pharbedryl 25 mg capsule</i> | 3 | ADD |
| <i>pharbedryl 50 mg capsule</i> | 3 | ADD |
| <i>phenylephrine 10 mg tablet</i> | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>pseudoephedrine 60 mg tablet (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>pseudoephedrine er 120 mg tab</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>pseudoephedrine er 120 mg tab 12 hour, coated</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>pseudoephedrine er 120 mg tab coated cplt, max str</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>qc all day allergy 10 mg tab</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>qc allergy relief 10 mg odt non-drowsy</i> | 3 | ADD |
| <i>qc child allergy 12.5 mg/5 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 |

| 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 dm liquid</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 |
| <i>sb allergy 10 mg tablet original strength</i> | 3 | ADD |
| <i>sb 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sb loratadine 10 mg tablet non-drowsy</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sb mucus relief dm tablet dye-free</i> | 3 | ADD |
| <i>sb mucus relief pe caplet</i> | 3 | ADD |
| SEVERE COLD-FLU CAPLET | 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 |
| SM ALLERGY (DIPHEN) 25 MG CHEW | 3 | ADD |
| <i>sm allergy (fexo) 60 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>sm chest cong relief pe caplet</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sm chest congest rlf dm caplet caplet,d/f</i> | 3 | MO; ADD |
| <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 d/f, s/f, a/f bubble</i> | 3 | ADD |
| <i>sm child all day aller 1 mg/ml s/f, grape</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 |
| <i>sm children's cold-cough liq</i> | 3 | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>sm fexofenadine hcl 180 mg tab 24hr, gluten-free (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm fexofenadine hcl 60 mg tab (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm loratadine 10 mg odt non-drowsy, 24hr</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm loratadine 10 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm loratadine 10 mg tablet non-drowsy</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm loratadine 5 mg/5 ml syrup</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm loratadine 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 |
| <i>sm nasal decong pe 10 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| SM SINUS SEVERE CAPLET | 3 | ADD |
| <i>sm tussin cf syrup</i> | 3 | MO; 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| THERAFLU EXPRESSMAX NIGHT CPLT | 3 | ADD |
| THERAFLU MS SEVERE COLD PCKT | 3 | ADD |
| THERAFLU NT SEVERE CLD-CGH PKT NIGHTTIME | 3 | ADD |
| TRIPROLIDINE 0.625 MG/ML DROP | 3 | ADD |
| TRIPROLIDINE 0.938 MG/ML DROPS | 3 | ADD |
| TUSNEL CAPLET | 3 | ADD |
| <i>tusnel diabetic liquid</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>tusnel diabetic liquid d/f</i> | 3 | MO; ADD |
| TUSNEL DM LIQUID | 3 | ADD |
| TUSNEL DM PEDIATRIC LIQUID | 3 | ADD |
| TUSNEL LIQUID A/F,D/F,S/F | 3 | ADD |
| TUSNEL LIQUID D/F | 3 | ADD |
| TUSNEL PED 5-50-15 MG/5 ML LIQ (OTC) | 3 | ADD |
| TUSNEL PEDI 25-1.25 MG/ML DROP | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 | MO; 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 |
| TUXARIN ER 8-54.3 MG TABLET | 3 | MO; ADD |
| VANACOF DM 18-200-10 MG/15 ML | 3 | MO; ADD |
| VANACOF LIQUID | 3 | MO; ADD |
| VANATAB DM CAPLET | 3 | ADD |
| WESTUSSIN DM 1-5-10 MG/5 ML SYR | 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 10/02/2024

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

| | | |
|----------------------------------|---|-----|
| WESTUSSIN DM NF 2-15-7.5 MG/5 ML | 3 | ADD |
|----------------------------------|---|-----|

AGENTES PULMONARES

| | | |
|-----------------------|---|------------|
| <i>acetylcysteine</i> | 1 | B/D PA; MO |
|-----------------------|---|------------|

| | | |
|---------|---|--------------------------------------|
| ADEMPAS | 2 | PA; MO; LA; QL (90 por 30 días); NDS |
|---------|---|--------------------------------------|

| | | |
|------------|---|-------------------------|
| ADVAIR HFA | 2 | MO; QL (12 por 30 días) |
|------------|---|-------------------------|

| | | |
|--|---|-------------------------|
| <i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> | 1 | MO; QL (17 por 30 días) |
|--|---|-------------------------|

| | | |
|--|---|-----------------------|
| <i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation package size 6.7 gm</i> | 1 | QL (13.4 por 30 días) |
|--|---|-----------------------|

| | | |
|---|---|------------|
| <i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i> | 1 | B/D PA; MO |
|---|---|------------|

| | | |
|---|---|--------|
| <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 |
|--------------------------------------|---|----|

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

| | | |
|------------------------------------|---|-----|
| <i>allergy relief 50 mcg spray</i> | 3 | ADD |
|------------------------------------|---|-----|

| | | |
|--|---|---------------------------|
| ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION | 2 | MO; QL (12.2 por 30 días) |
|--|---|---------------------------|

| | | |
|---|---|--------------------------|
| ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION | 2 | MO; QL (6.1 por 30 días) |
|---|---|--------------------------|

| | | |
|-------------|---|------------------------------|
| <i>alyq</i> | 1 | PA; QL (60 por 30 días); NDS |
|-------------|---|------------------------------|

| | | |
|---------------------|---|--------------------------------------|
| <i>ambriasantan</i> | 1 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
|---------------------|---|--------------------------------------|

| | | |
|---------------------|---|----------------------------------|
| <i>arformoterol</i> | 1 | B/D PA; MO; QL (120 por 30 días) |
|---------------------|---|----------------------------------|

| | | |
|-------------|---|-------------------------|
| ASMANEX HFA | 2 | MO; QL (13 por 30 días) |
|-------------|---|-------------------------|

| | | |
|---|---|------------------------|
| ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACTUATION (30), 220 MCG/ACTUATION (30), 220 MCG/ACTUATION (60) | 2 | MO; QL (1 por 30 días) |
|---|---|------------------------|

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (120) | 2 | MO; QL (2 por 30 días) |
| ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14) | 2 | QL (2 por 28 días) |
| ATROVENT HFA | 2 | MO; QL (25.8 por 30 días) |
| BEVESPI AEROSPHERE | 2 | MO; QL (10.7 por 30 días) |
| <i>bosentan</i> | 1 | PA; MO; LA; QL (60 por 30 días); NDS |
| BREO ELLIPTA | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>brey-na</i> | 1 | MO; QL (10.3 por 30 días) |
| BREZTRI AEROSPHERE | 2 | MO; QL (10.7 por 30 días) |
| <i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i> | 1 | B/D PA; MO; QL (120 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i> | 1 | B/D PA; MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>budesonide-formoterol</i> | 1 | QL (10.2 por 30 días) |
| CHILD FLONASE ALLER RLF 50 MCG | 3 | MO; ADD |
| CINRYZE | 2 | PA; MO; NDS |
| COMBIVENT RESPIMAT | 2 | QL (8 por 30 días) |
| <i>cromolyn inhalation</i> | 1 | B/D PA; MO |
| <i>cromolyn sodium nasal spray</i> | 3 | MO; ADD |
| DULERA | 2 | MO; QL (13 por 30 días) |
| ELIXOPHYLLIN | 2 | |
| FASENRA PEN | 2 | PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS |
| FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML | 2 | PA; MO; QL (0.5 por 28 días); NDS |
| FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML | 2 | PA; MO; QL (1 por 28 días); NDS |
| FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG SPR | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 por 30 días) |
| <i>fluticasone prop 50 mcg spray (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION | 2 | ST; MO; QL (12 por 30 días) |
| FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION | 2 | ST; MO; QL (24 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| FLUTICASONE PROPIONATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION | 2 | ST; MO; QL (10.6 por 30 días) |
| <i>fluticasone propionate nasal spray, suspension 50 mcg/actuation</i> | 1 | MO; QL (16 por 30 días) |
| <i>fluticasone propionate salmeterol inhalation blister with device</i> | 1 | MO; QL (60 por 30 días) |
| <i>formoterol fumarate</i> | 1 | B/D PA; MO; QL (120 por 30 días) |
| <i>gnp fluticasone prop 50 mcg sp (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gs 24 hour allergy 50 mcg spray</i> | 3 | 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 por 28 días); NDS |
| <i>mometasone nasal</i> | 1 | MO; QL (34 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>montelukast</i> | 1 | MO |
| NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR | 2 | PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS |
| NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN | 2 | PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML | 2 | PA; MO; LA; QL (3 por 28 días); NDS |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML | 2 | PA; MO; LA; QL (0.4 por 28 días); NDS |
| OFEV | 2 | PA; MO; QL (60 por 30 días); NDS |
| OPSUMIT | 2 | PA; MO; LA; QL (30 por 30 días); NDS |
| OPSYNVI | 2 | PA; MO; QL (30 por 30 días); NDS |
| ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET | 2 | PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS |
| ORKAMBI ORAL TABLET | 2 | PA; MO; QL (112 por 28 días); NDS |
| <i>pirfenidone oral capsule</i> | 1 | PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (270 por 30 días); NDS |
| <i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (90 por 30 días); NDS |
| PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACTUATION | 2 | MO; QL (2 por 30 días) |
| PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION | 2 | MO; QL (1 por 30 días) |
| PULMOZYME | 2 | B/D PA; MO; NDS |
| QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACTUATION | 2 | QL (10.6 por 30 días) |
| QVAR REDIHALER INHALATION HFA AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACTUATION | 2 | QL (21.2 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>roflumilast</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
| <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 por 30 días) |
| <i>sm allergy relief 50 mcg spray</i> | 3 | ADD |
| SPIRIVA RESPIMAT | 2 | MO; QL (4 por 30 días) |
| STIOLTO RESPIMAT | 2 | MO; QL (4 por 30 días) |
| STRIVERDI RESPIMAT | 2 | MO; QL (4 por 30 días) |
| SYMDEKO | 2 | PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS |
| <i>tadalafil (pulmonary arterial hypertension) oral tablet 20 mg</i> | 1 | PA; QL (60 por 30 días); NDS |
| <i>terbutaline</i> | 1 | MO |
| THEOPHYLLINE ANHYDROUS PWD USP/NF (RX) | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>theophylline oral elixir</i> | 1 | MO |
| <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 por 90 días) |
| TRELEGY ELLIPTA | 2 | MO; QL (60 por 30 días) |
| TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL | 2 | PA; MO; QL (56 por 28 días); NDS |
| TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL | 2 | PA; MO; QL (84 por 28 días); NDS |
| TYVASO | 2 | B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días); NDS |
| TYVASO INSTITUTIONAL START KIT | 2 | B/D PA; QL (11.6 por 180 días); NDS |
| TYVASO REFILL KIT | 2 | B/D PA; MO; QL (81.2 por 28 días); NDS |
| TYVASO STARTER KIT | 2 | B/D PA; MO; QL (81.2 por 180 días); 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>wixela inhub</i> | 1 | QL (60 por 30 días) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML | 2 | PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML | 2 | PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN | 2 | PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML | 2 | PA; MO; LA; QL (8 por 28 días); NDS |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML | 2 | PA; MO; LA; QL (1 por 28 días); NDS |

zafirlukast 1 MO

SUMINISTROS DIVERSOS

SUMINISTROS DIVERSOS

| | | |
|-----------------------------|---|----------------------------------|
| AEROCHAMBER MINI | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| AEROCHAMBER MV HOLD CHAMBER | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| 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 por 30 días) |
| AIRZONE PEAK FLOW METER ADULTS & CHILDREN | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| BD INSULIN SYRINGE | 2 | PA; MO |
| BD INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; MO |
| BD PEN NEEDLE | 2 | PA; MO |
| BD PEN NEEDLE | 2 | PA |
| BINAXNOW COVID AG CARD HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| CARESTART COVID-19 AG HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------------------------|--|--|
| CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME (EUA) | 3 | ADD; QL (4 por 30 días) |
| CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| CEQUR SIMPLICITY | 2 | MO |
| CEQUR SIMPLICITY INSERTER | 2 | MO |
| CLEVER CHOICE CHAMBER-LRG MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| CLEVER CHOICE CHAMBER-MED MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| CLEVER CHOICE CHAMBER-SM MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| CLINITEST COVID-19 HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| COMPACT SPACE CHAMBER | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|---|---|
| COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| CORDX COVID-19 AG HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| COVID-19 AT-HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| CVS COVID-19 AT-HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| DUREX AVANTI REAL FEEL CONDOM | 3 | MO; ADD; QL (24 por 30 días) |
| EASIVENT HOLDING CHAMBER HOSPITAL PACK | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| EASIVENT HOLDING CHAMBER RETAIL PACK | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| EASIVENT MASK-LARGE | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| EASIVENT MASK-MEDIUM | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|------------------------------------|---|---|
| EASIVENT MASK-SMALL | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| ELLUME COVID-19 HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| EQ SPACE CHAMBER | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| EQ SPACE CHAMBER-LARGE MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| EQ SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| EQ SPACE CHAMBER-SMALL MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| FANTASY CONDOM | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| FASTEP COVID-19 AG HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| FC2 FEMALE CONDOM | 3 | MO; ADD; QL (20 por 30 días) |
| FLEXICHAMBER | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| FLEXICHAMBER-LG CHILD MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| FLEXICHAMBER-SM ADULT MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| FLEXICHAMBER-SM CHILD MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST (EUA) | 3 | MO; ADD; QL (8 por 30 días) |
| GAUZE PADS 2 X 2 | 2 | PA; MO |
| GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| INDICAID COVID-19 AG HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE | 2 | PA; MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| INSULIN SYRINGES (NON-PREFERRED BRANDS) SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; MO |
| INTELISWAB COVID-19 HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| KIMONO COLORS CONDOM | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| KIMONO MAXX CONDOM | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE | 3 | MO; ADD; QL (24 por 30 días) |
| KIMONO MICROTHIN CONDOM | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOM | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| KIMONO SPECIAL CONDOM | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| KIMONO TEXTURED CONDOM | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| LUCIRA CHECK-IT COVID-19 HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| MICROCHAMBER | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| MICROLIFE PEAK FLOW METER | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| MICROSPACER FOR AEROSOL DEVICE | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| MINI WRIGHT PEAK FLOW METER AFS, (30-400) | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| MINI WRIGHT PEAK FLOW METER STANDARD, (60-800) | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) | 2 | MO; QL (1 por 720 días) |
| OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) | 2 | MO |
| OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) | 2 | QL (1 por 720 días) |
| OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) | 2 | MO |
| OMNIPOD GO PODS | 2 | |
| OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY | 2 | |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------------------------|--|--|
| OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY | 2 | |
| OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY | 2 | |
| OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY | 2 | |
| OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY | 2 | |
| OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY | 2 | |
| ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| OPTICHAMBER DIAMOND VHC | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| OPTICHAMBER DIAMOND W-LRG MASK | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| OPTICHAMBER DIAMOND W-MED MASK | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| OPTICHAMBER DIAMOND W-SML MASK | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PANDA MASK LARGE | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| PANDA MASK MEDIUM | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PANDA MASK SMALL | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PEAK-AIR PEAK FLOW METER | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PEDIATRIC PANDA MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PEN NEEDLES (NON-PREFERRED BRANDS) NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; MO |
| PERSONAL BEST PEAK FLOW MTR | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PIKO 1 FLOW METER | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PILOT COVID-19 AT-HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| POCKET CHAMBER | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| POCKET PEAK FLOW METER | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| POCKET PEAK FLOW METER 12'S | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PRECISION XTR B-KETONE STRIP BETA-KETONE | 3 | PA; MO; ADD |
| PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PROCARE SPACER WITH ADULT MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PROCARE SPACER WITH CHILD MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PURE COMFORT SPACER-ADULT MASK | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PURECOMFORT PEAK FLOW MTR ADLT | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| PURECOMFORT PEAK FLOW MTR CHLD | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST (EUA) | 3 | MO; ADD; QL (8 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|-------------------------------------|--|--|
| RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| RITEFLO SPACER | 3 | PA; ADD; QL (2 por 365 días) |
| SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST (EUA) | 3 | ADD; QL (8 por 30 días) |
| TRUSTEX CONDOM | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX CONDOM 12'S, LUBRICATED | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX CONDOM 12'S, RESERVOIR TIP | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX CONDOM 12'S, W/NONOXYNOL-9 | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX CONDOM 12'S, W-NONOXYNOL-9 | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX CONDOM 12'S,EXTRA STRENGTH | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX CONDOM 12'S,LUBRICATED | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX CONDOM 12'S,W/NONOXYNOL-9 | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| TRUSTEX CONDOM 12'S,W-NONOXYNOL-9 | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX LATEX CONDOM 12'S | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX LATEX CONDOM 48'S | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX-RIA CONDOM 12'S | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX-RIA CONDOM 12'S,NON-LUBRICATED | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX-RIA CONDOM 12'S,W/SPERMICI DE | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX-RIA CONDOM 48'S | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX-RIA CONDOM 48'S,NON-LUBRICATED | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUSTEX-RIA CONDOM 48'S,W/SPERMICI DE | 3 | ADD; QL (24 por 30 días) |
| TRUZONE PEAK FLOW METER ADULT/PEDIATRI C | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
| VORTEX HOLDING CHAMBER HRI | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| VORTEX VHC FROG CHILD MASK HRI | 3 | PA; MO; ADD; QL (2 por 365 días) |
|--------------------------------------|---|--|

UROLÓGICOS

| | | |
|---|---|-----|
| GNP URINARY PAIN RLF 99.5 MG | 3 | ADD |
| <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 |
| 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 | |

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

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <i>glycine urologic solution</i> | 1 | |
| K-PHOS NO 2 | 2 | MO |
| K-PHOS ORIGINAL | 2 | MO |
| ORACIT ORAL SOLUTION | 3 | MO; ADD |
| <i>potassium citrate oral tablet extended release</i> | 1 | MO |
| RENACIDIN | 2 | MO |
| <i>sod citrate-citric acid soln (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sod citrate-citric acid solution 1.5-1 gm/15 ml cup inner (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sod citrate-citric acid solution 1.5-1 gm/15 ml cup outer (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sod citrate-citric acid solution 3-2 gm/30 ml cup inner (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sod citrate-citric acid solution 3-2 gm/30 ml cup outer (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (60 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|
| <i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> | 1 | PA; MO; QL (30 por 30 días) |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

| | | |
|-------------------|---|----|
| <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 |
|---|---|----|

| | | |
|--|---|----|
| <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>tropium oral tablet</i> | 1 | MO |
|----------------------------|---|----|

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BPH)

| | | |
|------------------|---|----|
| <i>alfuzosin</i> | 1 | MO |
|------------------|---|----|

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

| | | |
|--------------------|---|----|
| <i>dutasteride</i> | 1 | MO |
|--------------------|---|----|

| | | |
|-------------------------------|---|----|
| <i>dutasteride-tamsulosin</i> | 1 | MO |
|-------------------------------|---|----|

| | | |
|-------------------------------------|---|----|
| <i>finasteride oral tablet 5 mg</i> | 1 | MO |
|-------------------------------------|---|----|

| | | |
|-------------------|---|----|
| <i>tamsulosin</i> | 1 | MO |
|-------------------|---|----|

VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS

DERIVADOS DE SANGRE

| | | |
|----------------------------|---|--|
| <i>albumin, human 25 %</i> | 1 | |
|----------------------------|---|--|

| | | |
|----------------------------|---|--|
| <i>alburx (human) 25 %</i> | 1 | |
|----------------------------|---|--|

| | | |
|---------------------------|---|--|
| <i>alburx (human) 5 %</i> | 1 | |
|---------------------------|---|--|

| | | |
|----------------------|---|--|
| <i>albutein 25 %</i> | 1 | |
|----------------------|---|--|

| | | |
|---------------------|---|--|
| <i>albutein 5 %</i> | 1 | |
|---------------------|---|--|

ELECTROLITOS

| | | |
|---------------------------------------|---|-----|
| <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 |
|---------------------------------------|---|-----|

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 BERRY, INNER | 3 | ADD |
| BIOLYTE LIQUID CITRUS, INNER | 3 | ADD |
| BIOLYTE LIQUID MELON, INNER | 3 | ADD |
| BIOLYTE LIQUID TROPICAL, INNER | 3 | ADD |
| CAL-CITRATE PLUS VITAMIN D TAB | 3 | ADD |
| CALCIUM 1,000 + D3 CAPLET | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium 250-vit d3 125 tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium 500 + vit d 200 caplet caplt,p/f,no lactose</i> | 3 | ADD |
| <i>calcium 500 + vit d 200 tablet p/f</i> | 3 | ADD |
| CALCIUM 500 MG CHEWABLE TABLET (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium 500 mg chewable 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>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 500mg elemental (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>calcium 500 mg tablet oyster shell,p/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>calcium 500 mg tablet u-d (otc)</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 | 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 10/02/2024

| 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 (otc)</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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| CALCIUM 500-VIT D3 600 TABLET | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium 600 + vit d 400 tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| CALCIUM 600 + VIT D SOFTGEL (OTC) | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium 600 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <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 no lactose</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 tablet p/f, na/f</i> | 3 | MO; 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f, no yeast (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium 600-vit d3 400 tablet p/f,lactose-free (rx)</i> | 3 | ADD |
| CALCIUM 600-VIT D3 500 SOFTGEL RAPID RELEASE, SFTGL (RX) | 3 | MO; ADD |
| CALCIUM 600-VIT D3 500 SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| CALCIUM 600-VIT D3 500 SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| CALCIUM 600-VIT D3 800 CAPLET (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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 n (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| CALCIUM CARB 260 MG TAB CHEW | 3 | ADD |
| <i>calcium carb 500 mg tab chew</i> | 3 | ADD |
| <i>calcium carbonate 1,250 mg/5 ml suspension cup (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium carbonate 1,250 mg/5 ml suspension cup 40's,u-d (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium carbonate 648 mg tab</i> | 3 | MO; ADD |
| CALCIUM CARBONATE POWDER | 3 | ADD |
| <i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 600 mg-5 mcg (200 unit)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium chloride</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 |
| 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</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 250 mg caplet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium citrate 250 mg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET OUTER (RX) | 3 | MO; ADD |
| CALCIUM CITRATE-VIT D3 TABLET PETITES (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium citrate-vitamin d3 liq</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium cit-vit d 315-200 tab p/f, lactose-free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>calcium gluconate intravenous</i> | 1 | |
| CALCIUM LACTATE 100 MG TABLET | 3 | ADD |
| <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 PLUS D3 TABLET | 3 | MO; ADD |
| CERALYTE-70 ELECTROLYTE DRINK (RX) | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| CERASPORT EX1 LIQUID (RX) | 3 | ADD |
| CERASPORT LIQUID | 3 | ADD |
| CITRACAL + D MAXIMUM CAPLET (RX) | 3 | ADD |
| CITRACAL-D3 200 MG-250 UNIT TAB COATED, PETITES (RX) | 3 | MO; ADD |
| CITRACAL-D3 200 MG-250 UNIT TAB PETITES (RX) | 3 | MO; ADD |
| CITRACAL-D3 MAXIMUM PLUS CAPLT | 3 | MO; ADD |
| CVS CAL CIT 200 MG-D3 6.25 MCG (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>cvs calcium 500 mg tablet 500mg elemental ca (otc)</i> | 3 | 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 10/02/2024

| 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 por 30 días) |
| <i>cvs pediatric electrolyte soln (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>cvs pediatric electrolyte soln dye/free, strawberry (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| 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; QL (7000 por 30 días) |
| ENFAMIL ENFALYTE SOLUTION RTU,UNFLAVORED (RX) | 3 | ADD; QL (413 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 (otc)</i> | 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 |
| <i>ft antacid 500 mg chew tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>ft antacid ex-str 750 mg chew</i> | 3 | 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 10/02/2024

| 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 por 30 días) |
| <i>heb pediatric electrolyte soln (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <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; QL (7000 por 30 días) |
| <i>kinderlyte electrolyte soln</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>kinderlyte electrolyte soln fruit punch</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>kinderlyte electrolyte soln grape</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>kinderlyte electrolyte soln lemon lime</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>kinderlyte electrolyte soln lemonade</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>kinderlyte electrolyte soln orange</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>kinderlyte electrolyte soln strawberry</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>kinderlyte electrolyte soln strawberry punch</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>klor-con 10</i> | 1 | MO |
| <i>klor-con 8</i> | 1 | MO |
| <i>klor-con m10</i> | 1 | MO |
| <i>klor-con m15</i> | 1 | MO |
| <i>klor-con m20</i> | 1 | MO |
| <i>klor-con oral packet 20</i> | 1 | MO |
| <i>klor-con/ef</i> | 1 | MO |
| <i>lactated ringers intravenous</i> | 1 | MO |
| <i>liquid calcium 600-vit d3 sfgl softgel,p/f,gluten-f (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| LIQUID CALCIUM WITH VITAMIN D SOFTGEL, P/F (RX) | 3 | ADD |
| LIQUID CALCIUM-VIT D SOFTGEL | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| <i>magnesium chloride injection</i> | 1 | |
| MAGNESIUM CITRATE 100 MG TAB | 3 | ADD |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| 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 |
| MEDI-LYTE TABLET | 3 | ADD |
| <i>mgo 400 mg tablet</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>oralyte solution</i> | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| ORAZINC 220 MG CAPSULE | 3 | ADD |
| OS-CAL 500+D CAPLET CAPLET | 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 |
| 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 | MO; 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</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>oyster shell calcium 500 mg tb 500mg elemental ca (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>oyster shell calcium 500 mg tb p/f (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>oyster shell calcium-vit d tab (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>oyster shell calcium-vit d tab natural (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>oyster shell calcium-vit d tab p/f</i> | 3 | ADD |
| <i>oyster shell calcium-vit d tab p/f, s/f (otc)</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 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>pedi electrolyte freezer pop 16x62.1ml pops (rx)</i> | 3 | ADD; QL (6955 por 30 días) |
| PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN BLUE RASPBERRY | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN CHERRY PUNCH | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN STRAWBERRY LEMONADE | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLN TROPICAL FRUIT | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pedialyte electrolyte singles 4's</i> | 3 | ADD; QL (1400 por 30 días) |
| <i>pedialyte electrolyte singles 4's (rx)</i> | 3 | ADD; QL (1659 por 30 días) |
| <i>pedialyte electrolyte singles inner, apple, rtu (rx)</i> | 3 | ADD; QL (1400 por 30 días) |
| <i>pedialyte electrolyte singles inner, cherry, rtu (rx)</i> | 3 | ADD; QL (1400 por 30 días) |
| <i>pedialyte electrolyte singles inner, fruit, rtu</i> | 3 | ADD; QL (1400 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>pedialyte electrolyte singles outer, 4's, apple (rx)</i> | 3 | ADD; QL (1400 por 30 días) |
| <i>pedialyte electrolyte singles outer, 4's, cherry (rx)</i> | 3 | ADD; QL (1400 por 30 días) |
| <i>pedialyte electrolyte singles outer, 4's, fruit</i> | 3 | ADD; QL (1400 por 30 días) |
| <i>pedialyte freezer pops</i> | 3 | ADD; QL (437 por 30 días) |
| <i>pedialyte freezer pops 16's (rx)</i> | 3 | MO; ADD; QL (437 por 30 días) |
| <i>pedialyte singles solution 4's</i> | 3 | MO; ADD; QL (413 por 30 días) |
| <i>pedialyte solution (rx)</i> | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| PEDIALYTE SOLUTION 6'S | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pedialyte solution inner, grape (rx)</i> | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pedialyte solution outer, grape (rx)</i> | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pedialyte solution ready-to-use (rx)</i> | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>pedialyte solution strawberry, rtu (rx)</i> | 3 | MO; ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pedialyte solution unflavored (rx)</i> | 3 | MO; ADD; QL (413 por 30 días) |
| <i>pediatric electrolyte solution (otc)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pediatric electrolyte solution (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pediatric electrolyte solution (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pediatric electrolyte solution a/f</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pediatric electrolyte solution cherry punch (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pediatric electrolyte solution fruit flavor</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pediatric electrolyte solution mango,p/f (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pediatric electrolyte solution p/f,fruit (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>pediatric electrolyte solution p/f,unflavored (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>pediatric electrolyte solution strawberry,w/zinc (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| 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>phosphorous powder packet inner</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>phosphorous powder packet outer</i> | 3 | MO; ADD |
| <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 | |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| <i>qc calcium 600 mg tablet (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ra calcium 600 + vit d 400 tab p/f, no lactose</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ra calcium 600 mg tablet p/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>ra calcium 600-vit d3 400 tab (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>ra calcium citrate - vit d tab p/f, d/f (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ra calcium citrate + d tablet</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>ra calcium citrate-vit d3 tab petites (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ra calcium plus vit d tab p/f</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 por 30 días) |
| <i>ra pediatric electrolyte soln strawberry (rx)</i> | 3 | ADD; QL (7000 por 30 días) |
| <i>ringer's intravenous</i> | 1 | |
| <i>sb antacid 500 mg chew tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>sb antacid xtra str chew tab extra strength</i> | 3 | ADD |
| <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 por 30 días) |
| SLOW-MAG 71.5 MG TABLET | 3 | MO; ADD |
| <i>sm antacid 500 mg chew tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>sm antacid 750 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>sm cal antacid 500 mg chew tab reg-str, fruit</i> | 3 | MO; 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 (otc)</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 |
| <i>sm calcium 600 mg-d3 20 mcg tab (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm calcium 600-vit d3 400 tab (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>sm calcium 600-vit d3 800 tab (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm calcium 600-vit d3 800 tab (rx)</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| SM CALCIUM CIT 315-D3 6.5 MCG (RX) | 3 | MO; ADD |
| SM CALCIUM CITRATE-VIT D3 TAB GLUTEN-FREE,COATED (OTC) | 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 por 30 días) |
| <i>smooth antacid 750 mg chew tab</i> | 3 | ADD |
| <i>sodium acetate</i> | 1 | |
| <i>sodium bicarbonate intravenous</i> | 1 | |
| <i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i> | 1 | MO |
| SODIUM CHLORIDE 23.4% ORAL SOL | 3 | ADD |
| <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 | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| TUMS TABLET CHEWABLE 3-ROLL, PEPPERMINT | 3 | ADD |
| TUMS TABLET CHEWABLE ASSORTED FRUIT | 3 | ADD |
| TUMS TABLET CHEWABLE PEPPERMINT | 3 | ADD |
| <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 |
| <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 |
| UPCAL D POWDER | 3 | ADD |
| UPCAL D POWDER PACKET | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 (OTC) | 3 | ADD |
| ZINC SULFATE POWDER FCC, DRIED (OTC) | 3 | ADD |
| ZINC SULFATE POWDER FCC, DRIED (RX) | 3 | ADD |
| ZINC SULFATE POWDER USP, MONOHYDRATE (RX) | 3 | ADD |
| PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS | | |
| ABATINEX CAPSULE | 3 | ADD |
| ACIDOPHILUS 1 MG WAFER | 3 | ADD |
| ACIDOPHILUS 100 MG CAPSULE | 3 | MO; ADD |
| <i>acidophilus capsule n,starch/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>acidophilus lactbaclli 500 mil</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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| ACIDOPHILUS LACTBACLLI 500 MIL | 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, BERRY | 3 | ADD |
| AIRBORNE EFFERVESCENT TABLET P/F, GLUTEN/F, ORANGE | 3 | ADD |
| APPE-CURB CAPSULE | 3 | ADD |
| ARGININE 2000 POWDER PACKET | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| <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 |
| CHLOROCAPS CAPSULE | 3 | ADD |
| CHOLESTEROL (BULK) POWDER | 3 | ADD |
| CHOLESTEROL POWDER | 3 | ADD |
| CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE | 2 | B/D PA |
| CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE | 2 | B/D PA |
| CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) | 2 | B/D PA |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK LEMON-LIME FLAV (RX) | 3 | MO; ADD |
| COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK ORANGE-CHOCOLATE (RX) | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| COROMEGA OMEGA-3 SQUEEZE PACK S/F,LEMON-LIME FLAV (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 |
| CVS FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL P/F,LACTOSE-FREE (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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 | 3 | PA; ADD |
| CYTO-Q 80 MG/10 ML LIQUID (RX) | 3 | PA; 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 |
| EQL DIGESTIVE PROBIOTIC CAP (RX) | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| EQL FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL (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 |
| EQL OMEGA-3 FISH OIL 1,200 MG | 3 | ADD |
| EXTREME OMEGA-3 MICROGEL SFTGL | 3 | ADD |
| FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL | 3 | ADD |
| FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL | 3 | ADD |
| FISH OIL 1,000 MG SOFTGEL | 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 (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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| 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 (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <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 softgel (otc)</i> | 3 | 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 |
| FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>fish oil 1,200 mg softgel enteric coated (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 odorless, omega-3</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 |
| <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 1,200 MG SOFTGEL SOFTGEL, P/F, GLUTEN/F (RX) | 3 | MO; ADD |
| FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL WITH OMEGA-3, P/F (RX) | 3 | MO; ADD |
| FISH OIL 1,400 MG SOFTGEL | 3 | ADD |
| FISH OIL 1,400 MG SOFTGEL (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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| FISH OIL 1,600 MG/5 ML LIQUID | 3 | MO; ADD |
| FISH OIL 500 MG SOFTGEL | 3 | ADD |
| FISH OIL 500 MG SOFTGEL | 3 | ADD |
| FISH OIL 500 MG SOFTGEL INNER | 3 | ADD |
| FISH OIL 500 MG SOFTGEL OUTER | 3 | ADD |
| <i>fish oil conc 1,000 mg gluten-free, softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <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</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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGEL BURP-LESS, OMEGA-3 | 3 | ADD |
| FISH OIL EC 1,200 MG SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>fish oil extra strength softgl softgel (otc)</i> | 3 | ADD |
| FISH OIL GUMMIES | 3 | ADD |
| FISH OIL OMEGA-3 SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| FISH OIL PEARLS SOFTGEL | 3 | ADD |
| <i>fish oil softgel extra 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| GNP FISH OIL SOFTGEL | 3 | ADD |
| IMMUNE SUPPORT CHEWABLE TABLET | 3 | ADD |
| INTESTINEX CAPSULE | 3 | ADD |
| <i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i> | 1 | B/D PA |
| ISOLYTE S PH 7.4 | 2 | |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------|--|--|
| L-ARGININE POWDER | 3 | ADD |
| L-ARGININE POWDER USP (RX) | 3 | ADD |
| L-CITRULLINE POWDER | 3 | ADD |
| L-CITRULLINE POWDER (OTC) | 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-ISOLEUCINE POWDER USP/NF (RX) | 3 | ADD |
| L-VALINE POWDER | 3 | ADD |
| LYSINE HCL POWDER | 3 | ADD |
| LYSINE HCL POWDER (RX) | 3 | ADD |
| MOOD FOOD CAPSULE | 3 | ADD |
| MOOD FOOD ES CAPSULE | 3 | ADD |
| MORE-DOPHILUS POWDER | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 MONOPURE 650 EC SOFTGEL | 3 | ADD |
| OMEGA MONOPURE DHA EC SOFTGEL | 3 | ADD |
| OMEGA-3 EC SOFTGEL | 3 | ADD |
| OMEGA-3 FISH OIL 1,000 MG SFGL | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| 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 (rx)</i> | 3 | ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| OMEGAPURE 900-TG SOFTGEL | 3 | ADD |
| OMEGAPURE-820 SOFTGEL | 3 | ADD |
| OMERA CAPSULE | 3 | ADD |
| OVEGA-3 SOFTGEL | 3 | ADD |
| 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 softgel,natural,p/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| RA L-ARGININE 1,000 MG TABLET 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>sm fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm fish oil 1,000 mg softgel (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>sm fish oil 1,000 mg softgel softgel, gluten-free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| SM FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| SM FISH OIL 1,200 MG SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>sm fish oil 1,200 mg softgel softgel, gluten-free (rx)</i> | 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| <i>ultra omega-3 softgel</i> | 3 | ADD |
| VEGAN OMEGA-3 275 MG SOFTGEL | 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 formula</i> | 3 | ADD |
| <i>a thru z advanced formula tab new (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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>a thru z advanced formula tab w/ lutein & lycopene (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>a thru z advanced formula tab w/lutein & lycopene</i> | 3 | ADD |
| <i>a thru z advanced formula tab w/lutein & lycopene (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>a thru z high potency caplet caplet,w-lycopene</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 |
| <i>a thru z select caplet caplet,w-lycopene</i> | 3 | ADD |
| <i>a thru z select men 50+ tablet</i> | 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 |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| <i>a thru z select women's tablet</i> | 3 | ADD |
| A-25 7,500 MCG CAPSULE | 3 | ADD |
| <i>abc cmplt senior 50 plus cplt</i> | 3 | ADD |
| <i>abc complete senior men's cplt</i> | 3 | ADD |
| ABC COMPLETE SENIOR WOMEN CPLT | 3 | ADD |
| ACCRUFER 30 MG CAPSULE | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>actical softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| ACTIVE FE TABLET LACTOSE,GLUTE N & | 3 | ADD |
| ACTIVESSENTIAL S CAPSULES PKT | 3 | ADD |
| ACTIVESSENTIAL S FOR WOMEN PKT | 3 | ADD |
| ACTIVESSENTIAL S-ONCOPLEX-D3 PK | 3 | ADD |
| ACTIVNUTRIENT S (NO IRON) CAP | 3 | ADD |
| ACTIVNUTRIENT S CAPSULE | 3 | ADD |
| ACTIVNUTRIENT S CHEWABLE 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| ACTIVNUTRIENT S MULTIVITMN PWDR | 3 | ADD |
| ACTIVNUTRIENT S(NO COPPER-IRON) | 3 | ADD |
| ADULT MULTI GUMMIES | 3 | MO; ADD |
| ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES | 3 | MO; ADD |
| ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES ASSORTED FLAVORS | 3 | MO; ADD |
| ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F, LACTOSE-F | 3 | MO; ADD |
| 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| ADULTS' DAILY FORMULA TABLET | 3 | ADD |
| ADULTS MULTIVITAMIN CAPLET | 3 | ADD |
| ADULTS MULTIVITAMIN TABLET | 3 | ADD |
| ADVANCED MULTI EA CHEW TABLET | 3 | MO; ADD |
| AIRBORNE CHEWABLE TABLET | 3 | ADD |
| AIRBORNE 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| AIRBORNE TABLET CHEWABLE P/F, GLUTEN/F, CITRUS | 3 | ADD |
| ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN TB | 3 | ADD |
| ALIVE ENERGY 50 PLUS TABLET | 3 | ADD |
| ALIVE HAIR, SKIN, NAILS GUMMY | 3 | ADD |
| ALIVE IMMUNE HEALTH SOFTGEL | 3 | ADD |
| ALIVE KIDS CHEWABLE MV TABLET | 3 | ADD |
| ALIVE MAX POTENCY MULTIVIT LIQ | 3 | ADD |
| ALIVE MEN 50 PLUS MULTIVIT TB | 3 | ADD |
| 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| APETIBEX SPRINKLE CAPSULE | 3 | ADD |
| APETIGEN-PLUS TABLET | 3 | ADD |
| AQUA-E CONCENTRATE 75 UNIT/ML | 3 | ADD |
| ASCOR 25,000 MG/50 ML BULK VL P/F, OUTER, MUV | 3 | PA; ADD |
| <i>ascorbic acid (vitamin c) oral tablet 500 mg</i> | 3 | ADD |
| <i>ascorbic acid 500 mg tablet (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>ascorbic acid 500 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 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>b-complex w-vitamin c caplet caplet,p/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| B-COMPLEX-VITAMIN C TR TABLET | 3 | MO; ADD |
| BENTIVITE BX TABLET | 3 | ADD |
| BEROCCA EFFERVESCENT TABLET MIXED BERRY (RX) | 3 | ADD |
| BEROCCA EFFERVESCENT TABLET ORANGE (RX) | 3 | ADD |
| <i>beta carotene 25,000 unit sfgl p/f, softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>beta carotene 25,000 unit sfgl p/f,softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>beta carotene 25,000 unit sftg softgel,p/f</i> | 3 | MO; 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| BIO-D-MULSN 400 UNIT/DROP CONC (RX) | 3 | ADD |
| BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| <i>biotin 5 mg capsule p/f, gluten/f (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>biotin 5,000 mcg capsule mx-str (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>biotin 5,000 mcg capsule p/f,gluten-free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>biotin 5,000 mcg softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>biotin 5,000 mcg softgel p/f,gluten-free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>biotin 5,000 mcg softgel softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| BIOTIN POWDER USP (RX) | 3 | ADD |
| 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| BIOTIN-D POWDER USP, (VITAMIN H) (RX) | 3 | ADD |
| BODY, HAIR, SKIN AND NAILS CAP | 3 | ADD |
| BONEUP 3 por DAY CAPSULE | 3 | ADD |
| BONEUP CAPSULE | 3 | ADD |
| <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 tablet with minerals</i> | 3 | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 | 3 | MO; ADD |
| CALTRATE 600-D3-MIN CHEW TAB (RX) | 3 | ADD |
| CALTRATE-D3 PLUS MINERAL MINIS | 3 | MO; ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS | 3 | ADD |
| CENTRUM ADULTS MULTIGUMMY | 3 | MO; 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 |
| <i>centrum multivit-mineral liq (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| CENTRUM MULTIVIT-MINERAL LIQ (RX) | 3 | MO; ADD |
| CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET | 3 | ADD |
| CENTRUM SILVER MEN 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| CENTRUM SPECIALIST HEART TAB (OTC) | 3 | MO; ADD |
| CENTRUM SPECIALIST HEART TAB (RX) | 3 | MO; ADD |
| CENTRUM ULTRA MEN'S TABLET (RX) | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| CENTRUM WOMEN 50 PLUS MINIS TB | 3 | MO; 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 |
| CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES BERRY, GLUTEN-FREE | 3 | MO; ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| <i>childrens multivit tab chew (otc)</i> | 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 |
| CITRACAL-D3 250 MG GUMMY | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------------------------|--|--|
| <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 |
| CVS AIRSHIELD CHEWABLE 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| <i>cvs folic acid 800 mcg 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>cvs folic acid 800 mcg tablet gluten-free,s/f,p/f (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 | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>cvs slow release iron 45 mg tb (rx)</i> | 3 | ADD |
| 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 |
| <i>cvs spectravite men 50plus tab</i> | 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>cvs vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel (rx)</i> | 3 | ADD |
| <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 | 3 | ADD |
| CVS WOMEN'S DAILY GUMMIES P/F,GUMMIES | 3 | ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner, mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl inner,suv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl mdv,inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl mov</i> | 3 | PA; 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 mov, inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl mov, outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer, mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer, suv, p/f</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer,mdv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 1,000 mcg/ml vl outer,suv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml inner, mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml inner,mdv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml inner,mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv, inner</i> | 3 | PA; 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 10/02/2024

| 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 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv,inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml mdv,outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml outer, mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml outer,mdv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 10,000 mcg/10 ml outer,muv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml inner, mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml inner,mdv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mdv, inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mdv, outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mov</i> | 3 | PA; 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, inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml mov, outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer, mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer,mdv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 30,000 mcg/30 ml outer,muv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 500 mcg spray inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>cyanocobalamin 500 mcg spray outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| CYANOCOBALA MIN POWDER USP (RX) | 3 | ADD |
| CYANOCOBALA MIN POWDER USP, VITAMIN B-12 (RX) | 3 | ADD |
| CYANOCOBALA MIN POWDER USP,VITAMIN B-12 (RX) | 3 | ADD |
| D3 LIQUID 25 MCG DROP | 3 | ADD |
| <i>d3-2000 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 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| DECARA K 1,250-200 MCG SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| DECUBI VITE CAPSULE | 3 | ADD |
| DEKAS BARIATRIC CHEW TABLET | 3 | ADD |
| DEKAS ESSENTIAL CAPSULE | 3 | MO; ADD |
| DEKAS ESSENTIAL LIQUID | 3 | ADD |
| DEKAS PLUS CHEWABLE TABLET | 3 | MO; ADD |
| DEKAS PLUS LIQUID | 3 | MO; ADD |
| DEKAS PLUS OCEANCAPS | 3 | MO; ADD |
| DEKAS PLUS SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| <i>delta d3 400 unit tablet y/f,gluten/f</i> | 3 | ADD |
| DIABETES HEALTH FORMULA CAPLET | 3 | ADD |
| DIABETES HEALTH PACK | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| DIABETIC MULTIVITAMIN GUMMY | 3 | 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 |
| 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 mov, inner</i> | 3 | PA; ADD |
| <i>dodex 1,000 mcg/ml vial mov, outer</i> | 3 | PA; ADD |
| <i>dodex 10,000 mcg/10 ml vial mov</i> | 3 | PA; ADD |
| <i>dodex 30,000 mcg/30 ml vial mov</i> | 3 | PA; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| DRISDOL 1.25 MG (50,000 UNIT) | 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 & 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 |
| 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| EQ VISION FORMULA TABLET P/F, GLUTEN-FREE | 3 | ADD |
| <i>eql biotin 5,000 mcg softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>eql eye health plus lutein tab</i> | 3 | ADD |
| <i>eql iron 65 mg tablet (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>eql iron supplement 325 mg tab coated (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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| EQL ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS | 3 | ADD |
| <i>eql slow release iron 50 mg tb</i> | 3 | ADD |
| EQL STRESS B-COMPLEX TABLET | 3 | ADD |
| <i>eql super b complex tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>eql vit c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>eql vit c-rose hips 500 mg tab (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>eql vit c-rose hips 500 mg tab p/f, lactose free (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>eql vitamin b-6 100 mg tablet (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>eql vitamin c 1,000 mg tablet p/f, lactose free (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>eql vitamin d3 1,000 unit sfgl softgel (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>eql vitamin d3 400 unit sftgl (rx)</i> | 3 | ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 CAPLET | 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 | PA; 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 10/02/2024

| 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 | PA; 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 |
| <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 |
| <i>ferrous gluconate 324 mg tab (otc)</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>ferrous gluconate 324 mg tab (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>ferrous gluconate 324 mg tab (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ferrous sul 12.5 mg (iron)/0.83 ml oral syringe (otc)</i> | 3 | PA; ADD |
| <i>ferrous sulf 15 mg (iron)/ml oral syringe (rx)</i> | 3 | PA; 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/5 ml cup outer</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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>ferrous sulf ec 325 mg tablet u-d, inner (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ferrous sulf ec 325 mg tablet u-d, outer (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup</i> | 3 | ADD |
| <i>ferrous sulfate 300 mg/5 ml cup 100's, u-d</i> | 3 | ADD |
| <i>ferrous sulfate 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 (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>ferrous sulfate 325 mg tablet (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>ferrous sulfate 325 mg tablet f/c (otc)</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 f/c, u-d (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>ferrous sulfate 325 mg tablet p/f (rx)</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>ferrous sulfate 325 mg tablet u-d, 10x10, film coat (rx)</i> | 3 | ADD |
| FERROUS SULFATE DRIED POWDER USP (RX) | 3 | ADD |
| <i>ferrous sulfate oral tablet 325 mg (65 mg iron)</i> | 3 | ADD |
| <i>fish oil 1,200 mg</i> | 3 | ADD |
| FLINTSTONES + CALCIUM TAB | 3 | ADD |
| FLINTSTONES COMPLETE CHEW TAB | 3 | MO; ADD |
| 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 EXTRA IRON | 3 | MO; ADD |
| FLINTSTONES WITH IRON TAB CHEW | 3 | ADD |
| FLORIVA 0.25 MG CHEW TABLET | 3 | MO; ADD |
| FLORIVA 0.5 MG CHEWABLE TABLET | 3 | MO; ADD |
| FLORIVA 1 MG CHEWABLE TABLET | 3 | MO; ADD |
| FLORIVA PLUS 0.25 MG/ML DROP | 3 | MO; ADD |
| <i>fluoride (sodium) oral tablet</i> | 1 | MO |
| <i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i> | 1 | MO |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>folic acid 0.4 mg tablet (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>folic acid 0.4 mg tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>folic acid 0.8 mg tablet (otc)</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 |
| <i>folic acid 1,000 mcg tablet inner (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <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</i> | 3 | MO; 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>folic acid 400 mcg tablet p/f (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 | PA; MO; ADD |
| <i>folic acid 50 mg/10 ml vial mvv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE | 3 | ADD |
| <i>folic acid 800 mcg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>folic acid 800 mcg tablet (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>folic acid 800 mcg tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>folic acid 800 mcg tablet inner (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>folic acid 800 mcg tablet maximum strength (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>folic acid 800 mcg tablet outer (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>folic acid 800 mcg tablet p/f,gluten-free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>folic acid 800 mcg tablet pure,gluten-free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>folic acid oral tablet 800 mcg</i> | 3 | MO; ADD |
| FOLIC ACID POWDER (RX) | 3 | ADD |
| <i>folivane-f capsule</i> | 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 STEP 1 MULTIVIT SFGL | 3 | ADD |
| GENADEK STEP 2 MULTIVIT SFGL | 3 | ADD |
| GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB | 3 | ADD |
| <i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp calcium 600-d3-min chew tb p/f,gluten/f,yeast/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp calcium 600-d3-minerals tb p/f,gluten-f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp folic acid 400 mcg tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp hair, skin and nails tab vitamins & minerals</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 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 10 mcg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab maximum strength (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp vitamin d3 25 mcg gummy (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp vitamin d3 25 mcg(1000 unt) (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab super strength (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp vitamin e 180 mg softgel (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>gnp vitamin e 400 unit softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>gummi bear multivit tab chew multivit & minerals (rx)</i> | 3 | ADD |
| HAIR, SKIN AND NAILS 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET | 3 | MO; ADD |
| HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL | 3 | ADD |
| HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL | 3 | ADD |
| HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL | 3 | ADD |
| HAIR, SKIN AND NAILS TABLET | 3 | ADD |
| HAIR, SKIN AND NAILS TABLET | 3 | MO; ADD |
| HARD NAILS 2.5 MG CAPSULE | 3 | ADD |
| HEALTHY EYES LUTEIN-ZEAXTHN CP | 3 | ADD |
| HEALTHY EYES SUPERVISION2 SFGL | 3 | MO; ADD |
| HEALTHY EYES TABLET (RX) | 3 | ADD |
| <i>healthy eyes tablet advanced antioxidant (rx)</i> | 3 | ADD |
| HEMATEX 100 MG/5 ML LIQUID | 3 | ADD |
| <i>hematogen fa softgel</i> | 3 | ADD |
| HEMOCYTE PLUS CAPSULE (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>hi potency b-comp-c caplet caplet (otc)</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC | 3 | ADD |
| HI-D PEDIATRIC DROP | 3 | ADD |
| <i>high potency multivitamin tab</i> | 3 | ADD |
| HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB | 3 | MO; ADD |
| <i>hm calcium 600-d3-minerals tab (rx)</i> | 3 | ADD |
| HM ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS | 3 | ADD |
| <i>hm slow release iron tablet (rx)</i> | 3 | 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 | PA; MO; ADD |
| HYDROXOCOBAL AMIN POWDER USP (RX) | 3 | ADD |
| ICAR 15 MG/1.25 ML SUSPENSION | 3 | MO; ADD |
| <i>iferex 150 capsule</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>iferex 150 forte capsule</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>infant iron 15 mg/ml drop (rx)</i> | 3 | MO; ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 | MO; ADD |
| <i>infant-toddler vit a-c-d drop</i> | 3 | MO; ADD |
| INFED 100 MG/2 ML VIAL INNER,SUV | 3 | PA; MO; ADD |
| INFED 100 MG/2 ML VIAL OUTER,SUV | 3 | PA; MO; ADD |
| INFUVITE PEDIATRIC BULK VIAL P/F, MDV, OUTER | 3 | PA; ADD |
| INFUVITE PEDIATRIC VIAL P/F, SDV, OUTER | 3 | PA; ADD |
| INJECTAFER 750 MG/15 ML VIAL SUV | 3 | PA; MO; ADD |
| INTEGRA F CAPSULE | 3 | MO; ADD |
| INTEGRA PLUS CAPSULE | 3 | MO; ADD |
| <i>iron 27 mg tablet (rx)</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>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 5gr</i> | 3 | ADD |
| <i>iron 65 mg tablet gluten-free (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>iron 65 mg tablet p/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>iron 65 mg tablet p/f, gluten-free (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>iron chews 15 mg tablet chew</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>iron folate plus capsule</i> | 3 | ADD |
| <i>iron folate-f capsule</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>iron tablet coated (otc)</i> | 3 | 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 MULTI ZERO GUMMIES | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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>liquid multivitamin 15 ml cup inner</i> | 3 | ADD |
| <i>liquid multivitamin 15 ml cup outer</i> | 3 | ADD |
| <i>lysiplex plus liquid</i> | 3 | MO; ADD |
| 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|-------------------------------------|--|--|
| <i>mega multi for women tab</i> | 3 | ADD |
| MEGAVITE CAPLET | 3 | ADD |
| MEGAVITE GOLDEN YEARS CAPLET | 3 | ADD |
| <i>men 50 plus multivitamin tab</i> | 3 | ADD |
| MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA TB | 3 | ADD |
| MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN TAB | 3 | ADD |
| MEN'S DAILY FORMULA CAPSULE | 3 | ADD |
| MEN'S DAILY FORMULA TABLET (RX) | 3 | ADD |
| MEN'S DAILY PACK | 3 | ADD |
| MEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES | 3 | ADD |
| MEN'S PACK | 3 | ADD |
| MERIBIN 5 MG CAPSULE | 3 | MO; ADD |
| MONOCAPS TABLET (OTC) | 3 | ADD |
| MONOCAPS TABLET (RX) | 3 | ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| MONOFERRIC 1,000 MG/10 ML VIAL | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>multi complete-iron tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| MULTI FOR HER 50 PLUS SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| MULTI FOR HER 50 PLUS SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| MULTI FOR HER SOFTGEL | 3 | ADD |
| MULTI FOR HER SOFTGEL (RX) | 3 | ADD |
| <i>multi for her tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>multiple vitamin tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>multiple vitamin with iron tab</i> | 3 | ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| MULTIVITAMIN GUMMIES | 3 | ADD |
| MULTI-VITAMIN GUMMIES | 3 | ADD |
| MULTIVITAMIN LIQUID | 3 | ADD |
| <i>multivitamin tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>multivitamin with iron tablet (rx)</i> | 3 | ADD |
| MULTIVITAMIN WITH MINERALS TAB | 3 | MO; ADD |
| <i>multivitamin women 50 plus tab</i> | 3 | ADD |
| MULTIVITAMIN-MINERAL GUMMY | 3 | ADD |
| <i>multivitamin-mineral liquid</i> | 3 | ADD |
| <i>multivitamin-minerals tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>multi-vitamin-minerals tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>multivitamin-minerals tablet p/f</i> | 3 | MO; ADD |
| MULTIVITAMIN-MULTIMIN 15 ML CUP OUTER | 3 | ADD |
| <i>multivitamins tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------------------|--|--|
| MULTI-VITE LIQUID | 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 |
| 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 |
| MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--------------------------------|--|--|
| MVW MODULATR FORM MULTIVT SFGL | 3 | ADD |
| NANO VM 1-3 POWDER | 3 | MO; ADD |
| NANO VM 4-8 POWDER | 3 | MO; ADD |
| NANOVM 9-18 POWDER | 3 | ADD |
| NANOVM T-F POWDER | 3 | ADD |
| NASCOBAL 500 MCG NASAL SPRAY | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>nephplex rx tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| NEPHRO VITAMINS TABLET | 3 | ADD |
| 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| NOVAFERRUM 15 MG/ML DROPS PEDIATRIC (RX) | 3 | MO; ADD |
| NOVAFERRUM 50 MG CAPSULE | 3 | MO; ADD |
| NOVAMV MULTIVITAMIN DROP | 3 | ADD |
| NU-IRON 150 CAPSULE | 3 | MO; ADD |
| OCULAR VITAMINS TABLET | 3 | ADD |
| <i>ocutabs tablet (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>ocutabs vision formula tablet</i> | 3 | ADD |
| OCUVITE ADULT 50 PLUS SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES | 3 | ADD |
| OCUVITE EYE PLUS MULTI TABLET | 3 | ADD |
| OCUVITE LUTEIN-ZEAXANTHIN CAP | 3 | ADD |
| OCUVITE WITH LUTEIN TABLET | 3 | MO; ADD |
| <i>omnicap tablet</i> | 3 | ADD |
| ONCOVITE TABLET | 3 | MO; ADD |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>one daily multivitamin tab (otc)</i> | 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 |
| 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 | ADD |
| ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE TAB | 3 | MO; ADD |
| ONE-A-DAY MEN'S TABLET | 3 | ADD |
| ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS TB | 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|-------------------------------------|--|--|
| <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 |
| ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS TAB | 3 | MO; ADD |
| ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE TAB | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| ONE-A-DAY 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 | ADD |
| ONEVITE DAILY MULTIVITAMIN TAB | 3 | ADD |
| <i>onevite ferrous sulf 220 mg/5 ml (rx)</i> | 3 | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| OSTEOPRIME PLUS CAL-MAG TABLET | 3 | ADD |
| OSTEO-VIT3 1,250 MCG/3 ML DROP | 3 | ADD |
| PARVLEX TABLET | 3 | ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| PHARM CHOICE POLY-VIT-IRON DRP | 3 | ADD |
| PHARMACIST CHOICE PED POLY-VIT | 3 | ADD |
| 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/ML DRP | 3 | ADD |
| <i>poly-vi-sol 0.5 ml oral syringe</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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---------------------------------------|--|--|
| POLY-VITA WITH IRON DROPS | 3 | ADD |
| <i>prenatal vitamin oral tablet</i> | 1 | MO |
| PRESERVISION AREDS 2 CHEW TAB | 3 | MO; ADD |
| PRESERVISION AREDS 2 PLUS MV | 3 | MO; ADD |
| PRESERVISION AREDS 2 SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| PRESERVISION AREDS SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| PRESERVISION AREDS SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| PRESERVISION AREDS TABLET | 3 | MO; ADD |
| PRESERVISION LUTEIN SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| PRESERVISION LUTEIN W/LUTEIN, SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| PREVENT SOFTGELS | 3 | ADD |
| PRO FE 180 MG CAPSULE | 3 | MO; ADD |
| PRO-CAL TABLET | 3 | ADD |
| PROCERV HP TABLET | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| PRORENAL MULTIVITAMIN TABLET | 3 | MO; ADD |
| PRORENAL QD SOFTGEL | 3 | MO; ADD |
| <i>prosght tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| PROTECT CARDIO AF SOFTGEL | 3 | ADD |
| PROTECT IRON LIQUID | 3 | ADD |
| PROTECT PLUS SO SOFTGEL | 3 | ADD |
| PROXEED PLUS POWDER PACKET | 3 | MO; ADD |
| <i>pyridoxine 100 mg/ml vial muv, outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>pyridoxine 50 mg tablet (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>pyridoxine 50 mg tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>pyridoxine 50 mg tablet u-d (otc)</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 daily multivitamin-iron 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>qc ferrous sulfate 325 mg tab (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>qc vitamin d3 25 mcg tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| QUFLORA FE 0.25 MG CHEW TABLET | 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 mg-vit d tablet w/mineral</i> | 3 | 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| RA CHILD COMPLETE CHEWABLE VIT | 3 | ADD |
| RA ESSENCE C 1,000 MG PACKET ORANGE FLAVOR (RX) | 3 | ADD |
| RA ESSENCE C 1,000 MG PACKET RASPBERRY FLAVOR (RX) | 3 | ADD |
| RA ESSENCE C 1,000 MG PACKET TANGERINE FLAVOR (RX) | 3 | ADD |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>ra vitamin e 268 mg softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>renal caps softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| RENAL VITAMIN TABLET | 3 | MO; ADD |
| 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>reno caps softgel</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>sb c-500 tablet s/f, p/f,gluteen-fre (rx)</i> | 3 | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| 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 b complex with vit c tablet gluten-free (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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>sm calcium 600-d3-minerals tab gluten-free (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>sm complete multi-vit-mineral advanced formula</i> | 3 | ADD |
| <i>sm complete multi-vit-mineral gluten-free</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 |
| <i>sm iron 325 mg tablet p/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>sm iron 65 mg tablet gluten-free (rx)</i> | 3 | ADD |
| SM MEN'S ONE DAILY TABLET GLUTEN-FREE | 3 | ADD |
| <i>sm multivitamin w-iron tab (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>sm multivitamins tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| SM SLOW RELEASE IRON 45 MG 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>sm slow release iron 45 mg tab gluten-free (rx)</i> | 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 |
| <i>sm vitamin c 500 mg caplet caplet, gluten-free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm vitamin c with rose hips natural (rx)</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>sm vitamin d3 1,000 unit tab gluten-free (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>sm vitamin d3 1,000 unit tab p/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>sm vitamin d3 125 mcg tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl softgel, gluten-free (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>sm vitamin d3 400 unit tablet gluten-free (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm vitamin d3 50 mcg softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| SM VITAMIN E 1,000 UNIT SFTGEL SOFTGEL, GLUTEN-FREE (OTC) | 3 | MO; ADD |
| <i>sm vitamin e 200 unit softgel softgel, gluten-free</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>sm vitamin e 400 unit softgel softgel, gluten-free (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| SM WOMEN'S ONE DAILY TABLET GLUTEN-FREE | 3 | ADD |
| SOLO TABLET | 3 | ADD |
| <i>soothing pureway-c 500 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>stress b with zinc tablet</i> | 3 | ADD |
| STRESS B-COMPLEX TABLET (RX) | 3 | MO; ADD |
| <i>stress formula caplet p/f</i> | 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 |
| <i>stress formula-zinc tablet (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| STROVITE ONE CAPLET | 3 | MO; ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| SUPER MULTIPLE-LOW IRON TABLET | 3 | ADD |
| <i>super thera vite m tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| SUPPORT-500 SOFTGEL | 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 |
| <i>sv iron 65 mg tablet (rx)</i> | 3 | 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 |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| 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 |
| THERA-M CAPLET | 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 |
| <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 |
| THERATRUM COMPLETE WITH LUTEIN 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>therems multivitamin tablet</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial 25's,mdv,outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial inner, mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial inner,muv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial mdv, inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial mdv, outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial mdv,inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial mov, inner</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial mov, outer</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial outer, mov</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial outer,muv</i> | 3 | PA; MO; ADD |
| <i>tricon capsule</i> | 3 | MO; 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| TROPICAL LIQUID NUTRITION | 3 | ADD |
| ULTRA BONEUP TABLET | 3 | ADD |
| ULTRA FREEDA TABLET | 3 | ADD |
| ULTRA FREEDA WITH IRON TABLET | 3 | ADD |
| VEGETARIAN BONEUP TABLET | 3 | ADD |
| VENOFER 100 MG/5 ML VIAL 25'S,SDV,P/F | 3 | PA; MO; ADD |
| VENOFER 100 MG/5 ML VIAL OUTER, SUV, P/F | 3 | PA; MO; ADD |
| VENOFER 100 MG/5 ML VIAL SUV,P/F | 3 | PA; MO; ADD |
| VENOFER 100 MG/5 ML VIAL SUV,P/F, OUTER | 3 | PA; MO; ADD |
| VENOFER 200 MG/10 ML VIAL SUV,P/F,OUTER | 3 | PA; ADD |
| VENOFER 50 MG/2.5 ML VIAL 10'S,SDV,P/F, OUTER | 3 | PA; ADD |
| VENOFER 50 MG/2.5 ML VIAL 25'S,SUV,P/F | 3 | PA; ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| VENOFER 50 MG/2.5 ML VIAL SUV,P/F,OUTER | 3 | PA; ADD |
| VISION FORMULA TABLET | 3 | ADD |
| VISION FORMULA WITH LUTEIN TAB | 3 | ADD |
| VISION HEALTH SOFTGEL | 3 | ADD |
| VISION PLUS LUTEIN VITAMIN TAB | 3 | MO; ADD |
| VISTA ADVANCED AREDS2 SOFTGEL | 3 | ADD |
| VISTA ADVANCED DRY EYE SOFTGEL | 3 | ADD |
| <i>vit c-rose hips 1,000 mg cplt caplet,p/f (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vit c-rose hips 1,000 mg tab (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vit c-rose hips 1,000 mg tab s/f (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vit c-rose hips 500 mg tablet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vit c-rose hips 500 mg tablet p/f (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vit c-rose hips 500 mg tablet s/f (otc)</i> | 3 | MO; ADD |

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

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>vitamin a 10,000 unit softgel p/f,n,softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin a 3,000 mcg softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin a 3,000 mcg softgel (rx)</i> | 3 | 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 |
| <i>vitamin a 8,000 units softgel softgel, p/f</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 cap (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b complex-vit c caplet (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b complex-vit c caplet caplet</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b complex-vit c tablet (otc)</i> | 3 | ADD |
| <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</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>vitamin b-6 100 mg tablet (otc)</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 synthetic (otc)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b-6 100 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b6 50 mg tablet</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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|---|---|
| <i>vitamin b-6 50 mg tablet outer (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin b-6 50 mg tablet outer (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b-6 50 mg tablet p/f</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b-6 50 mg tablet p/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b-6 50 mg tablet p/f,s/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b-6 50 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b-complex & c caplet caplet, p/f</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b-complex & c p/f, caplet</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b-complex & c caplet p/f,lactose free</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin b-complex & 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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|---|---|
| <i>vitamin c 1,000 mg tablet inner (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin c 1,000 mg tablet n,caplet (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin c 1,000 mg tablet outer (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin c 1,000 mg tablet p/f (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin c 1,000 mg tablet with rose hips,p/f</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin c 100 mg tablet (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin c 250 mg tablet</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</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin c 500 mg tablet (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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 p/f,s/f</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin c 500 mg tablet synthetic (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin c 500 mg tablet u-d (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin c 500 mg tablet y/f,gluten/f (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin c tr 1,000 mg tablet timed release (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d 1,000 units softgel softgel, p/f</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d 2,000 unit softgel softgel, no lactose</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin d 400 unit tab chew fruit flavor</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>vitamin d 400 unit tablet p/f, gluten free</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 | 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 |
| <i>vitamin d3 1,000 unit softgel (rx)</i> | 3 | ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>vitamin d3 1,000 unit 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 softgel (otc)</i> | 3 | MO; 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 |

| 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 | ADD |
| <i>vitamin d3 1,000 unit tab chew p/f, gluten-free</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin d3 1,000 unit tab chew p/f, peach vanilla</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin d3 1,000 unit tablet (otc)</i> | 3 | 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 1,250 mcg 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>vitamin d3 1.25 mg softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 10 mcg tablet inner</i> | 3 | ADD |
| <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 (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 10,000 unit softgel softgel,p/f (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit) (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 125 mcg capsule (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 125 mcg softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>vitamin 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 |
| <i>vitamin d3 2,000 unit diet supp, softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit softgel inner</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit softgel outer</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit softgel p/f, color-free (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit p/f, softgel (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit softgel p/f,n,softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit softgel p/f,n,softgel (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit softgel (rx)</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit softgel softgel, p/f (rx)</i> | 3 | ADD |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| 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 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 |
| <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 d-3 2,000 unit tablet p/f, max-str</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin d3 2,000 unit tablet super strength (rx)</i> | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>vitamin d3 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 |
| <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 SOFTGEL (RX) | 3 | MO; 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>vitamin d3 400 unit softgel softgel (otc)</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, chewable (otc)</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 p/f,orange, chewable</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 |
| <i>vitamin d3 400 unit tablet gluten-free (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin d3 400 unit 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 400 unit tablet outer</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin d3 400 unit tablet outer,gluten/f,s/f</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 |
| <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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| <i>vitamin d3 50 mcg softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| VITAMIN D3 50 MCG TAB CHEW | 3 | MO; ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <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 62.5 MCG GUMMY | 3 | 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 1,000 units capsule</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin e 1,000 units capsule softgel</i> | 3 | ADD |
| <i>vitamin e 100 unit 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| VITAMIN E 100 UNIT TABLET | 3 | ADD |
| VITAMIN E 100 UNIT TABLET | 3 | ADD |
| VITAMIN E 100 UNIT TABLET Y/F, GLUTEN/F (RX) | 3 | ADD |
| <i>vitamin e 15 unit/0.3 ml drop</i> | 3 | MO; ADD |
| VITAMIN E 15 UNIT/0.3 ML DROP | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin e 180 mg softgel (rx)</i> | 3 | MO; ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <i>vitamin e 200 unit softgel p/f, no lactose (rx)</i> | 3 | ADD |
| VITAMIN E 200 UNIT TABLET | 3 | ADD |
| VITAMIN E 200 UNIT TABLET S/F,L/F,Y/F, GLUTEN/F | 3 | ADD |
| <i>vitamin e 400 unit capsule (otc)</i> | 3 | MO; 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 mfg unresponsive</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 softgel</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>vitamin e 400 unit 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 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| <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 |
| VITAMIN E 45 MG SOFTGEL (RX) | 3 | MO; ADD |
| <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 |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| <i>vitamin e-200 200 unit softgel outer</i> | 3 | MO; ADD |
| VITAMIN E-OIL 100 UNIT/0.25 ML | 3 | ADD |
| VITAMINS A-D-E TABLET | 3 | ADD |
| <i>vitatrum tablet</i> | 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 |
| <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 COLLAGEN GUMMY | 3 | 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 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|--|--|--|
| 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 |
| <i>women's daily formula tablet (otc)</i> | 3 | MO; ADD |
| WOMEN'S DAILY PACK | 3 | ADD |
| WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F, LACTOSE-F | 3 | ADD |
| WOMEN'S MULTIVITAMIN GUMMIES GLUTEN-F,N,FRUIT | 3 | ADD |
| WOMEN'S MULTIVITAMIN TABLET | 3 | ADD |
| XCELLENT A 3000 MCG CAPSULE | 3 | ADD |

| Nombre de la droga | Lo que le costará el medicamento (Nivel) | Acciones, restricciones o límite de uso necesarios |
|---|--|--|
| XCELLENT A 7500 MCG CAPSULE | 3 | ADD |
| XCELLENT E SOFTGEL | 3 | ADD |
| <i>yelets tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>yl beta carotene 25,000 units softgel,s/f,p/f,na/f</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>yl folic acid 0.4 mg tablet s/f,p/f,na/f</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>yl vitamin b-6 100 mg tablet</i> | 3 | ADD |
| <i>yl vitamin c 1,000 mg tablet s/f,p/f,na/f</i> | 3 | ADD |
| <i>yl vitamin c w/rh 1,000 mg tb s/f,p/f,na/f</i> | 3 | MO; ADD |
| <i>yl vitamin c w/rh 500 mg tab s/f,p/f,na/f,rose hp</i> | 3 | MO; 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 10/02/2024

Index

| | | | |
|----------|---|---------------|--|
| 1 | | | |
| | <i>12 hour decongestant</i> | 149 | |
| | <i>12 hour nasal decongest (pse)</i> | 149 | |
| | <i>12 hour nasal spray</i> | 88 | |
| 2 | | | |
| | <i>24 hour allergy relief</i> | 171 | |
| | <i>24hr allergy relief</i> | 149 | |
| | <i>24hr allergy-congestion relief</i> | 149 | |
| 3 | | | |
| | <i>3-day vaginal</i> | 93, 94 | |
| 4 | | | |
| | <i>4 way</i> | 86 | |
| 5 | | | |
| | 50 PLUS ADULT EYE HEALTH..... | 208 | |
| 8 | | | |
| | <i>8 hour pain reliever</i> ..62, 66, 67, 70 | | |
| A | | | |
| | <i>a thru z</i> | 209 | |
| | <i>a thru z advanced formula</i> .. | 208 | |
| | <i>a thru z high potency</i> .. | 208, 209 | |
| | A THRU Z MEN'S ULTIMATE | 209 | |
| | <i>a thru z select</i> | 209 | |
| | <i>a thru z select 50plus formula</i> | 209 | |
| | <i>a thru z select women's</i> | 209 | |
| | A-25 (VIT A PALMITATE) | 209 | |
| | <i>abacavir</i> | 5 | |
| | <i>abacavir-lamivudine</i> | 5 | |
| | ABATINEX | 199 | |
| | <i>abc complete senior 50 plus</i> | 209 | |
| | <i>abc complete senior men's</i> .. | 209 | |
| | ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S | 209 | |
| | ABELCET | 2 | |
| | ABILIFY ASIMTUFII | 76 | |
| | ABILIFY MAINTENA | 76 | |
| | <i>abiraterone</i> | 44 | |
| | ABRAXANE | 44 | |
| | ABRYSVO (PF) | 41 | |
| | <i>acamprosate</i> | 107 | |
| | <i>acarbose</i> | 140 | |
| | ACCRUFER | 209 | |
| | <i>accutane</i> | 136 | |
| | <i>acebutolol</i> | 17 | |
| | <i>acetaminophen</i> | 62, 63, 70 | |
| | ACETAMINOPHEN | 62, 63 | |
| | ACETAMINOPHEN (BULK) | 63 | |
| | <i>acetaminophen-codeine</i> .. | 59, 60 | |
| | <i>acetazolamide</i> | 96 | |
| | <i>acetazolamide sodium</i> | 96 | |
| | <i>acetic acid</i> | 89, 107 | |
| | <i>acetylcysteine</i> | 120, 169 | |
| | <i>acid controller</i> | 37, 40 | |
| | <i>acid gone antacid</i> | 22 | |
| | <i>acid gone antacid e.strength</i> 22 | | |
| | <i>acid reducer (cimetidine)</i> | 40 | |
| | <i>acid reducer (famotidine)</i> | 37, 38, 40 | |
| | <i>acid reducer (lansoprazole)</i> . | 38 | |
| | <i>acid reducer (omeprazole)</i> ... | 37 | |
| | <i>acidophilus</i> | 199 | |
| | <i>acidophilus-pectin</i> | 35 | |
| | <i>acidophilus-pectin, citrus</i> | 35 | |
| | ACIDOPHILUS-PECTIN, CITRUS..... | 35 | |
| | <i>acitretin</i> | 124 | |
| | <i>acne medication</i> | 136 | |
| | ACNE MEDICATION | 136 | |
| | ACTEMRA | 145 | |
| | ACTEMRA ACTPEN | 145 | |
| | ACTHIB (PF) | 41 | |
| | <i>actical</i> | 209 | |
| | ACTIMMUNE | 40 | |
| | ACTIVE FE | 209 | |
| | ACTIVESSENTIALS | 209 | |
| | ACTIVESSENTIALS FOR WOMEN..... | 209 | |
| | ACTIVESSENTIALS- ONCOPLEX-D3..... | 209 | |
| | ACTIVNUTRIENTS | 209 | |
| | ACTIVNUTRIENTS (NO IRON) | 209 | |
| | ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE | 209 | |
| | ACTIVNUTRIENTS MULTIVITAMIN | 210 | |
| | ACTIVNUTRIENTS(NO COPPER-IRON)..... | 210 | |
| | <i>acyclovir</i> | 5, 125 | |
| | <i>acyclovir sodium</i> | 5 | |
| | ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 42 | | |
| | <i>adapalene</i> | 136 | |
| | ADBRY | 128 | |
| | ADCETRIS | 44 | |
| | <i>adefovir</i> | 5 | |
| | ADEK GUMMIES PLUS ZINC..... | 234 | |
| | ADEMPAS | 169 | |
| | <i>adenosine</i> | 12 | |
| | <i>adrenalin</i> | 149 | |
| | ADSTILADRIN | 44 | |
| | ADULT 50 PLUS EYE HEALTH | 216 | |
| | <i>adult aspirin regimen</i> | 64 | |
| | ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES | 210 | |
| | ADULT ONE DAILY GUMMIES | 210 | |
| | <i>adult tussin cf</i> | 155 | |
| | <i>adult tussin chest congestion</i> | 155, 158, 167 | |
| | <i>adults 50 plus</i> | 210 | |
| | ADULTS' DAILY FORMULA | 210 | |
| | ADULTS MULTIVITAMIN | 210 | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | |
|--------------------------------------|----------|----------------------------------|-----|---|
| ADVAIR HFA | 169 | AIRZONE PEAK FLOW | | <i>all day allergy (cetirizine)</i> .149, |
| <i>advanced healing (petrolatum)</i> | | METER | 175 | 151, 155, 156, 157, 165, 166 |
| ..... | 130 | AKEEGA..... | 44 | <i>all day allergy-d</i> .149, 157, 166 |
| ADVANCED MULTI EA . | 210 | <i>ala-cort</i> | 125 | ALL DAY COLD AND |
| AEROCHAMBER MINI ... | 174 | <i>alaway</i> | 96 | SINUS..... |
| AEROCHAMBER MV | 174 | <i>albendazole</i> | 2 | <i>all day pain relief</i> |
| AEROCHAMBER PLUS | | <i>albumin, human 25 %</i> | 182 | 63 |
| FLOW-VU | 174 | <i>alburx (human) 25 %</i> | 182 | <i>all day relief</i> |
| AEROCHAMBER PLUS | | <i>alburx (human) 5 %</i> | 182 | 63 |
| FLOW-VU,L MSK | 174 | <i>albutein 25 %</i> | 182 | <i>aller-chlor</i> |
| AEROCHAMBER PLUS | | <i>albutein 5 %</i> | 182 | 149 |
| FLOW-VU,M MSK | 174 | <i>albuterol sulfate</i> | 169 | <i>aller-ease</i> |
| AEROCHAMBER PLUS | | <i>alclometasone</i> | 125 | 157 |
| FLOW-VU,S MSK..... | 174 | <i>alcohol pads</i> | 140 | <i>aller-g-time</i> |
| AEROCHAMBER PLUS Z | | ALDURAZYME | 139 | 149 |
| STAT | 174 | ALECENSA | 44 | <i>allergy (chlorpheniramine)</i> 149 |
| AEROCHAMBER PLUS Z | | <i>alendronate</i> | 148 | <i>allergy (diphenhydramine)</i> .149 |
| STAT LG MSK..... | 174 | ALEVAZOL..... | 122 | <i>allergy and congestion relief</i> |
| AEROCHAMBER PLUS Z | | <i>alfuzosin</i> | 182 | ..... |
| STAT MD MSK..... | 174 | ALIQOPA | 44 | 150 |
| AEROCHAMBER PLUS Z | | <i>aliskiren</i> | 17 | <i>allergy multi-symptom</i> 149, 156 |
| STAT SM MSK | 174 | ALIVE DIABETIC | | <i>allergy relief (cetirizine)</i> ....150, |
| AEROCHAMBER Z-STAT | | MULTIVITAMIN | 211 | 165 |
| PLUS-FLW SG | 174 | ALIVE ENERGY 50 PLUS | | <i>allergy relief (fexofenadine)</i> |
| AEROVENT PLUS..... | 174 | ..... | 211 |149, 150, 155, 156, 166 |
| AFTERA | 89 | ALIVE HAIR, SKIN AND | | <i>allergy relief (fluticasone)</i> .169, |
| AIMOVIG AUTOINJECTOR | | NAILS | 211 | 171, 173 |
| ..... | 84 | ALIVE IMMUNE HEALTH | | <i>allergy relief (levocetirizin)</i> 156 |
| AIMSCO LATEX CONDOM |  | ..... | 211 | <i>allergy relief (loratadine)</i> ..149, |
| ..... | 175 | ALIVE KIDS CHEWABLE | | 155, 157, 165, 166 |
| AIRBORNE (ASCORBATE |  | ..... | 211 | <i>allergy relief d12</i> |
| SODIUM)..... | 210 | ALIVE MAX POTENCY .. | 211 | 149 |
| AIRBORNE (ASCORBIC | | ALIVE MEN'S 50 PLUS MV | | <i>allergy relief d-24hr</i> |
| ACID)..... | 210 | (VIT K)..... | 211 | 150 |
| AIRBORNE (LYSINE HCL) | | ALIVE WOMEN'S 50 PLUS | | <i>allergy relief(chlorpheniramn)</i> |
| ..... | 200 | GUMMY | 211 |149, 155, 156 |
| AIRBORNE (WITH LYSINE | | ALIVE WOMEN'S 50 PLUS | | <i>allergy relief(diphenhydramin)</i> |
| ACETATE) | 210, 211 | ULTRA..... | 211 |149, 155, 156, 157 |
| AIRBORNE ELDERBERRY | | ALIVE WOMEN'S ENERGY | | ALLERGY |
| ..... | 210 | ..... | 211 | RELIEF(DIPHENHYDRA |
| AIRBORNE GUMMY | 210 | ALIVE WOMEN'S GUMMY | | MIN) |
| AIRBORNE KIDS | 210 | VITAMIN..... | 211 | 155, 166 |
| AIRSHIELD..... | 216 | ALIVE WOMEN'S ULTRA | | <i>allergy relief,nasal decongest</i> |
| AIRSHIELD IMMUNE | 201 | POTENCY..... | 211 | ..... |
| | | | | 150 |
| | | | | <i>allergy relief-d (cetirizine)</i> .150 |
| | | | | ALL-NITE COLD-FLU |
| | | | | 150 |
| | | | | <i>allopurinol</i> |
| | | | | 148 |
| | | | | <i>allopurinol sodium</i> |
| | | | | 148 |
| | | | | <i>almacone-2</i> |
| | | | | 22 |
| | | | | <i>aloprim</i> |
| | | | | 148 |
| | | | | <i>alose tron</i> |
| | | | | 22 |
| | | | | <i>alpha lipoic acid</i> |
| | | | | 108 |
| | | | | ALPHA LIPOIC ACID |
| | | | | 108, |
| | | | | 120 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|--|---------------|---|--------------------|---|------------------------|
| <i>altamist</i> | 86 | <i>antacid anti-gas (ca carb-sim)</i> | 23 | AQUA-E CONCENTRATE | 211 |
| <i>altavera (28)</i> | 89 | ..... | 23 | AQUANAZ | 150 |
| <i>aluminum hydroxide gel</i> | 22 | <i>antacid exst (mag carb-al hyd)</i> | 22 | <i>aquaphilic</i> | 128 |
| <i>alum-mag hydroxide-simeth</i> | 22 | ..... | 22 | AQUAPHOR BABY | |
| ALUNBRIG | 44 | <i>antacid ext str (calcium carb)</i> | 182, 189, 190, 196 | HEALING | 128 |
| ALVESCO | 169 | ..... | 182, 189, 190, 196 | AQUAPHOR HEALING ... | 128 |
| <i>alyacen 1/35 (28)</i> | 89 | <i>antacid extra-strength</i> | 183, 196 | AQUAPHOR ORIGINAL.. | 128 |
| <i>alyacen 7/7/7 (28)</i> | 89 | <i>antacid regular strength</i> | 23 | <i>aranelle (28)</i> | 89 |
| <i>alyq</i> | 169 | <i>antacid ultra strength</i> | 183 | ARBEM H-COSMETIC ... | 128 |
| <i>amantadine hcl</i> | 5 | <i>antacid-antigas</i> ...22, 23, 25, 31 | | ARBEM LIOPEN | 128 |
| <i>ambrisentan</i> | 169 | ANTACID-ANTIGAS | 23 | ARCALYST | 40 |
| AMERICERIN | 128 | <i>antibiotic (bacitracin zinc)</i> . | 122 | AREXVY (PF) | 42 |
| <i>amethyst (28)</i> | 89 | <i>antibiotic plus (pramoxine)</i> | 122 | <i>arformoterol</i> | 169 |
| <i>amikacin</i> | 2 | ANTIBIOTIC PLUS PAIN | | <i>arginine (l-arginine)</i> | 200 |
| <i>amiloride</i> | 17 | REL(PRAM) | 122 | ARGININE (L-ARGININE) | |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> | 17 | <i>anti-dandruff</i> | 124 | ..... | 200, 205, 206, 208 |
| ..... | 17 | <i>anti-diarrheal (loperamide)</i> 35, | | ARGININE (L-ARGININE) | |
| <i>aminocaproic acid</i> | 20 | 36, 37 | | (BULK)..... | 200, 206 |
| <i>amiodarone</i> | 12 | ANTI-DIARRHEAL | | ARGININE HCL (L- | |
| <i>amitriptyline</i> | 76 | (LOPERAMIDE)..... | 36 | ARGININE) | 205, 207 |
| AMLADEx..... | 211 | <i>antifungal (clotrimazole)</i> ... 123, | 124 | ARIKAYCE | 3 |
| <i>amlodipine</i> | 17 | ..... | 124 | <i>aripiprazole</i> | 76 |
| <i>amlodipine-atorvastatin</i> | 14 | <i>antifungal (miconazole)</i> | 123 | ARISTADA..... | 76, 77 |
| <i>amlodipine-benazepril</i> | 17 | <i>antifungal (tolnaftate)</i> . 123, 124 | | ARISTADA INITIO..... | 76 |
| <i>amlodipine-olmesartan</i> | 17 | ANTI-GAS ULTRA | | <i>armodafinil</i> | 77 |
| <i>amlodipine-valsartan</i> | 17 | STRENGTH | 27 | <i>arsenic trioxide</i> | 44 |
| <i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> | 17 | <i>anti-itch (hc)</i> | 126 | <i>arthritis pain relief (acetam)</i> | |
| ..... | 17 | <i>anti-itch(diphenhyd)</i> with zinc |  | ..... | 63, 67, 68, 70, 71 |
| <i>ammonium lactate</i> | 128 | ..... | 128, 134, 135 | ARTHRITIS PAIN | |
| <i>amnesteem</i> | 137 | <i>anti-itch(hydrocortisone)-aloe</i> | | RELIEF(CAPSAIC)..... | 129 |
| <i>amoxapine</i> | 76 | ..... | 127 | <i>artificial tears(pvalch-povid)</i> | 96 |
| <i>amoxicillin</i> | 10 | <i>antioxidant a/c/e/selenium</i> .. | 244 | ASCOR..... | 211 |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .. | 10 | ANTIOXIDANT | | <i>ascorbic acid (vitamin c)</i> ...211, | |
| <i>amphotericin b</i> | 2 | A/C/E/SELENIUM | 211 | 218, 243, 249, 250 | |
| <i>ampicillin</i> | 10 | ANTIOXIDANT FORMULA | | <i>asenapine maleate</i> | 77 |
| <i>ampicillin sodium</i> | 10 | (SELENIUM)..... | 211 | ASMANEX HFA | 169 |
| <i>ampicillin-sulbactam</i> | 10 | APETIBEX..... | 211 | ASMANEX TWISTHALER | |
| <i>anagrelide</i> | 108 | APETIGEN PLUS..... | 211 | ..... | 169, 170 |
| <i>anastrozole</i> | 44 | APPE-CURB | 200 | ASPARLAS..... | 44 |
| ANKTIVA..... | 44 | <i>apraclonidine</i> | 94 | <i>aspirin</i> | 64, 66, 67, 68, 70, 71 |
| <i>antacid</i> | 31 | <i>aprepitant</i> | 23 | <i>aspirin-dipyridamole</i> | 20 |
| <i>antacid (calcium carbonate)</i> | | <i>apri</i> | 89 | <i>atazanavir</i> | 5 |
| ..... | 182, 189, 196 | <i>aprodine</i> | 150 | <i>atenolol</i> | 17 |
| <i>antacid anti-gas</i> | 22 | APTIOM..... | 72 | <i>atenolol-chlorthalidone</i> | 17 |
| | | APTIVUS | 5 | | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | |
|--|--------|---------------------------------------|---------|---------------------------------------|
| <i>athlete's foot</i> | 123 | BABY DDROPS | 212 | BENZYL BENZOATE |
| <i>athlete's foot (clotrimazole)</i> | 123 | BABY VITAMIN D3..... | 212 | (BULK)..... |
| ATHLETE'S FOOT | | BABY'S SUPER DAILY D3 | | BEROCCA (FA-GUARANA- |
| (TERBINAFINE) | 123 | ..... | 212 | CAFF)..... |
| <i>athlete's foot (tolnaftate)</i> | 123 | <i>bacitracin</i> | 94, 121 | BESPONSA..... |
| <i>atomoxetine</i> | 77 | <i>bacitracin zinc</i> | 121 | BESREMI..... |
| <i>atorvastatin</i> | 14 | <i>bacitracin-polymyxin b</i> | 94 | <i>beta care</i> |
| <i>atovaquone</i> | 3 | <i>baclofen</i> | 84 | <i>beta carotene</i> |
| <i>atovaquone-proguanil</i> | 3 | BACMIN | 212 | BETA XMA |
| ATP IGNITE | 212 | <i>balsalazide</i> | 23 | BETADINE |
| <i>atropine</i> | 35, 96 | BALVERSA..... | 45 | BETADINE SURGICAL |
| ATROVENT HFA | 170 | <i>banophen</i> | 150 | SCRUB..... |
| <i>aubra eq</i> | 89 | <i>banophen anti-itch</i> | 129 | BETADINE SWABSTICKS |
| AUGMENTIN..... | 10 | BAQSIMI | 140 | ..... |
| AUGTYRO | 44 | BARACLUDGE..... | 5 | <i>betaine</i> |
| AUVELITY..... | 77 | BARIATRIC | | <i>betamethasone dipropionate</i> |
| <i>aviane</i> | 89 | MULTIVITAMINS..... | 212 | ..... |
| AVONEX | 40 | BASE 7542..... | 129 | <i>betamethasone valerate</i> |
| AYR ALLERGY AND SINUS | | BAVENCIO | 45 | <i>betamethasone, augmented</i> |
| ..... | 86 | <i>baza antifungal</i> | 123 | BETASERON..... |
| <i>ayr saline</i> | 86 | BCG VACCINE, LIVE (PF)..... | 42 | <i>betaxolol</i> |
| AYR SALINE | 86 | B-COMPLEX PLUS VIT C | | <i>bethanechol chloride</i> |
| AYR SALINE GEL | 87 | (CALCIUM)..... | 228 | BEVESPI AEROSPHERE . |
| AYVAKIT..... | 44 | <i>b-complex with vitamin c</i> | 212, | <i>bexarotene</i> |
| AZ..... | 129 | 217, 230, 240, 242, 248, 249 | | BEXSERO..... |
| <i>azacitidine</i> | 44 | BD INSULIN SYRINGE ... | 175 | <i>bicalutamide</i> |
| <i>azathioprine</i> | 44 | BD PEN NEEDLE | 175 | BICILLIN L-A |
| <i>azathioprine sodium</i> | 45 | BELBUCA | 60 | BIKTARVY |
| <i>azelaic acid</i> | 137 | BELEODAQ | 45 | BINAXNOW COVD AG |
| <i>azelastine</i> | 87, 96 | BELSOMRA | 77 | CARD HOME TST |
| <i>azithromycin</i> | 9 | <i>benazepril</i> | 17 | BINAXNOW COVID-19 AG |
| AZO COMPLETE FEMININE | | <i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> | | SELF TEST |
| BALANCE | 35 | ..... | 17 | BIO-35, GLUTEN FREE ... |
| AZO DUAL PROTECTION | 35 | <i>bendamustine</i> | 45 | BIOCAL |
| <i>aztreonam</i> | 3 | BENDEKA..... | 45 | BIO-D-MULSION |
| <i>azurette (28)</i> | 89 | BENLYSTA | 145 | BIO-D-MULSION FORTE |
| B | | BENTIVITE BX..... | 212 | 212 |
| B COMPLEX PLUS | | <i>benzoin</i> | 135 | BIO-K PLUS |
| VITAMIN C..... | 212 | <i>benzoin (bulk)</i> | 129 | BIOLYTE |
| B COMPLEX W-VIT C..... | 212 | <i>benzoin compound</i> | 129 | BIOMEPRO |
| <i>b complex-vitamin c-folic acid</i> | | <i>benzonatate</i> | 150 | BION TEARS (PF)..... |
| 212, 218, 224, 243, 244, 248 | | <i>benzoyl peroxide</i> | 137 | 96 |
| B COMPLEX-VITAMIN C- | | <i>benztropine</i> | 59 | <i>biotin</i> |
| FOLIC ACID..... | 212 | BENZYL ALCOHOL (BULK) | | 213, 217, 223, 228, 240, |
| <i>baby ayr saline</i> | 87 | ..... | 108 | 242, 244 |
| | | | | BIOTIN..... |
| | | | | 213, 217, 244 |
| | | | | BIOTIN (BULK)..... |
| | | | | 213, 221 |
| | | | | <i>bisacodyl</i> |
| | | | | 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 10/02/2024

| | | | | | |
|--|---------------|--|---|--|--|
| <i>bismuth subsalicylate</i> | 35 | <i>bupropion hcl (smoking deter)</i> | 103 | CALCIUM CARBONATE | 186 |
| <i>bisoprolol fumarate</i> | 17 | <i>buspirone</i> | 77 | <i>calcium carbonate-vit d3-min</i> | 213, 230, 239, 240 |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> | 17 | <i>busulfan</i> | 45 | <i>calcium carbonate-vitamin d3</i> | 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 193, 196, 197, 198 |
| <i>bleomycin</i> | 45 | <i>butenafine</i> | 123 | CALCIUM CARBONATE- VITAMIN D3 | 183, 184, 185, 186, 190, 192, 198 |
| BLINCYTO | 45 | <i>butorphanol</i> | 64 | <i>calcium chloride</i> | 186 |
| BODY, HAIR, SKIN AND NAILS | 213 | BYDUREON BCISE | 140 | <i>calcium citrate</i> | 187 |
| BONEUP | 213 | BYETTA | 141 | CALCIUM CITRATE..... | 187 |
| BONEUP (CALCIUM ASCORBATE)..... | 213 | C | | <i>calcium citrate + d</i> | 187, 196 |
| BOOST BREEZE NUTRITIONAL..... | 200 | <i>c-1000</i> | 213 | <i>calcium citrate-vitamin d3</i> | 187, 188, 189, 190, 196 |
| BOOSTRIX TDAP | 42 | <i>c-1000 with rose hips</i> | 213 | CALCIUM CITRATE- VITAMIN D3 | 187, 188, 189, |
| BORIC ACID (BULK) . | 96, 98, 99 | <i>c-500</i> | 213, 241 | 190, 197, 198 | |
| <i>bortezomib</i> | 45 | CABENUVA..... | 6 | <i>calcium gluconate</i> | 188 |
| BORTEZOMIB | 45 | <i>cabergoline</i> | 139 | CALCIUM LACTATE | 188 |
| <i>bosentan</i> | 170 | CABLIVI..... | 20 | CALCIUM PHOSPHATE- VITAMIN D3 | 214 |
| BOSULIF | 45 | CABOMETYX..... | 45 | <i>calcium with vitamin d</i> | 185 |
| <i>bpo</i> | 137 | <i>ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang- bor</i> | 214, 223, 228, 242 | <i>cal-gest antacid</i> | 188 |
| BRAFTOVI..... | 45 | CA-D3-MAG OX-ZINC-COP- MANG-BOR | 213, 217 | <i>callus removers</i> | 121 |
| BRANTUSSIN DM | 150 | CAFFEINE (BULK) | 108 | CAL-MINT..... | 188 |
| BREO ELLIPTA | 170 | <i>caffeine citrate</i> | 108 | CALQUENCE | 45 |
| <i>breyzna</i> | 170 | <i>calcidol</i> | 213 | (ACALABRUTINIB MAL) | 45 |
| BREZTRI AEROSPHERE | 170 | <i>calcipotriene</i> | 124 | CAL-QUICK | 188 |
| BRILINTA | 20 | <i>calcitonin (salmon)</i> | 139 | CALTRATE 600 PLUS D.. | 188 |
| <i>brimonidine</i> | 94 | CAL-CITRATE..... | 183 | CALTRATE 600-D PLUS MINERALS..... | 214 |
| BRIUMVI..... | 85 | <i>calcitriol</i> | 139 | CALTRATE WITH VITAMIN D3 | 188 |
| BRIVIACT | 72 | <i>calcium 500 + d.</i> | 183, 184, 197 | CALTRATE-D3 PLUS MINERALS..... | 214 |
| <i>bromfenac</i> | 94 | <i>calcium 500 with d</i> | 184, 189, 197 | <i>camila</i> | 92 |
| <i>bromocriptine</i> | 59 | <i>calcium 600</i> | 184, 196 | <i>camrese</i> | 89 |
| <i>brompheniramine-pseudoeph- dm</i> | 150 | <i>calcium 600 + d(3)</i> | 185, 186, 188, 196, 197 | <i>candesartan</i> | 17 |
| BRUKINSA | 45 | <i>calcium 600 + minerals</i> | 240 | <i>candesartan- hydrochlorothiazid</i> | 17 |
| <i>bss</i> | 96 | <i>calcium 600 with vitamin d3</i> | 185, 190 | CAPLYTA..... | 77 |
| <i>budesonide</i> | 23, 170 | CALCIUM 600 WITH VITAMIN D3..... | 184, 186 | CAPMIST DM | 150 |
| <i>budesonide-formoterol</i> | 170 | <i>calcium 600-d3 plus (mag- zinc)</i> | 217 | | |
| <i>bumetanide</i> | 17 | CALCIUM 600-D3 PLUS (MAG-ZINC) | 213 | | |
| <i>buprenorphine hcl</i> | 60 | <i>calcium antacid</i> | 186, 197 | | |
| <i>buprenorphine transdermal patch</i> | 60 | <i>calcium carbonate</i> | 183, 184, 186, 188, 189, 193, 196, 198 | | |
| <i>buprenorphine-naloxone</i> | 64 | | | | |
| <i>bupropion hcl</i> | 77 | | | | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---|--------------------|--|----------|--------------------------------------|----------|
| CAPRELSA | 45 | <i>cefdinir</i> | 8 | CENTRUM SPECIALIST | |
| CAPRON DM | 150 | <i>cefepime</i> | 9 | HEART | 215 |
| CAPRON DMT | 150 | <i>cefepime in dextrose, iso-osm</i> .. | 8 | CENTRUM ULTRA MEN'S | |
| <i>capsaicin</i> | 129 | <i>cefixime</i> | 9 | ..... | 215 |
| CAPSAICIN..... | 129, 132 | <i>cefoxitin</i> | 9 | <i>centrum women</i> | 215 |
| CAPSIMIDE | 129 | <i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> . | 9 | <i>cephalexin</i> | 9 |
| CAPSULE #0 | 108, 109 | <i>cefpodoxime</i> | 9 | CEPROTIN (BLUE BAR) ... | 20 |
| CAPSULE #00 | 109, 110 | <i>cefprozil</i> | 9 | CEPROTIN (GREEN BAR) | 20 |
| CAPSULE #00 | | <i>ceftazidime</i> | 9 | CEQUR SIMPLICITY | 175 |
| (HYPROMELLOSE) | 100 | <i>ceftriaxone</i> | 9 | CEQUR SIMPLICITY | |
| CAPSULE #000 | 110 | <i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i> . | 9 | INSERTER | 175 |
| CAPSULE #1 | 110, 111, 112 | <i>cefuroxime axetil</i> | 9 | CERALYTE-70..... | 188 |
| CAPSULE #10 | 112 | <i>cefuroxime sodium</i> | 9 | CERAMIDES 1,3,6-II..... | 130 |
| CAPSULE #11 | 112 | <i>celecoxib</i> | 64 | CERASPORT | 188 |
| CAPSULE #13 | 112 | CELLTRION DIATRUST | | CERASPORT EX1 | 188 |
| CAPSULE #2 | 112 | COV-19 HOME | 175 | CERAVE | 129 |
| CAPSULE #3 | 112, 113, 114 | CELLULOSE (BULK)..... | 102 | CERAVE HEALING | 129 |
| CAPSULE #4 | 114 | CENTRAL-VITE | 240 | CERAVE SA (WITH | |
| CAPSULE #5 | 114 | CENTRAL-VITE WOMEN'S | | NIACINAMIDE)..... | 129 |
| CAPSULE #7 | 114 | MATURE | 240 | <i>cerovite jr</i> | 215 |
| <i>captopril</i> | 17 | <i>centratex</i> | 214 | <i>cerovite senior</i> | 215 |
| <i>captopril-hydrochlorothiazide</i> | | <i>centravites</i> | 214 | <i>certavite senior</i> | 215 |
| ..... | 17 | <i>centravites 50 plus</i> | 214 | <i>certavite-antioxidant</i> | 215 |
| <i>carbamazepine</i> | 72 | CENTRAVITES ADULTS | 214 | CERTAVITE- | |
| <i>carbidopa</i> | 59 | <i>centrum</i> | 214 | ANTIOXIDANT | 215 |
| <i>carbidopa-levodopa</i> | 59 | CENTRUM | 214 | <i>cetaphil moisturizing</i> | 129 |
| <i>carbidopa-levodopa-</i> | | CENTRUM ADULT 50 | | CETAPHIL MOISTURIZING | |
| <i>entacapone</i> | 59 | FRESH-FRUITY | 214 | ..... | 129 |
| <i>carboplatin</i> | 45 | CENTRUM ADULTS..... | 214 | <i>cetirizine</i> | 150, 151 |
| <i>carboxymethylcellulose sodium</i> | | CENTRUM CHEWABLES | | <i>cetirizine-pseudoephedrine</i> . | 151 |
| ..... | 96 | ..... | 214 | <i>cevimeline</i> | 114 |
| CARESTART COVID-19 AG | | CENTRUM COMPLETE .. | 214 | CHEMET..... | 114 |
| HOME TST | 175 | CENTRUM KIDS (VIT D3, | | CHEMSTRIP 10 MD | 141 |
| <i>carglumic acid</i> | 114 | VIT K)..... | 214 | CHEMSTRIP 50B | 141 |
| <i>carmustine</i> | 45 | CENTRUM MEN..... | 214 | CHEMSTRIP 7..... | 141 |
| <i>carteolol</i> | 95 | CENTRUM MINIS ADULTS | | <i>chest congestion relief</i> | 151, |
| <i>cartia xt</i> | 17 | 50 PLUS | 214 | 156, 166 | |
| <i>carvedilol</i> | 17 | CENTRUM MINIS WOMEN | | CHEST CONGESTION | |
| <i>caspofungin</i> | 2 | 50 PLUS | 215 | RELIEF..... | 151 |
| <i>castor oil</i> | 23, 24, 25, 26, 31 | CENTRUM SILVER . | 214, 215 | <i>chest congestion relief dm</i> . | 151, |
| CAYSTON | 3 | CENTRUM SILVER MEN | 214 | 156, 166 | |
| <i>cefaclor</i> | 8 | CENTRUM SILVER ULTRA | | <i>chest congestion relief pe</i> .. | 151, |
| <i>cefadroxil</i> | 8 | MEN'S | 215 | 156, 166 | |
| <i>cefazolin</i> | 8 | CENTRUM SILVER | | <i>chest congestion-cough relief</i> | |
| <i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> . | 8 | WOMEN | 215 | ..... | 151 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|---|---|---|
| <i>chest-sinus congestion relief</i> | <i>children's chew multivitamin</i> | <i>child's all day allergy(cetir)</i> |
| 151 |216 |151, 157, 159, 166 |
| <i>child allergy relief(cetirizine)</i> 152 | <i>children's chewable vitamin</i> 216 | CHILD'S MUCUS RELIEF M- |
| CHILD CHEWABLE | CHILDREN'S CHEWABLE | S COLD..... 157 |
| VITAMN COMPLETE. 217, | VITAMIN.....216 | CHILD'S OMEGA-3 DHA |
| 240 | <i>children's chewables</i>.....216 | MULTIVITAM .....216 |
| CHILD COMPLETE | <i>children's chewables extra c</i> | CHLO HIST .....153 |
| MULTIVITAMIN..... 223 |216 | CHLO TUSS .....153 |
| CHILD DELSYM COUGH | <i>children's cold and cough (pe)</i> | <i>chloramphenicol sod succinate</i> |
| PLUS DY-NT..... 152 | 153, 157, 159, 166 |3 |
| <i>child delsym cough-chest dm</i> | <i>children's cold-allergy (pe)</i> 152, | <i>chlorhexidine gluconate</i> .....87 |
| 152 | 166 | CHLOROCAPS.....200 |
| CHILD DELSYM COUGH- | CHILDREN'S COUGH DM | <i>chloroprocaine (pf)</i>.....129 |
| COLD..... 152 | ER..... 152, 157 | <i>chloroquine phosphate</i> .....3 |
| CHILD MUCINEX COUGH- | CHILDREN'S DELSYM | <i>chlorothiazide sodium</i> .....17 |
| CONGEST 152 | COUGH..... 152 | <i>chlorpheniramine maleate</i> ..153 |
| CHILD MUCINEX | CHILDREN'S FLONASE | <i>chlorpromazine</i>.....77 |
| FREEFROM DY COLD 152 | ALLERGY RLF 170 | <i>chlorthalidone</i>.....17 |
| CHILD MUCINEX | <i>children's ibuprofen</i> ..64, 65, 66, | <i>chocolate laxative</i> ....23, 24, 25, |
| FREEFROM MS D-N.... 152 | 67, 68, 70, 71 | 31 |
| CHILD MUCINEX M-S | CHILDREN'S LORATADINE | <i>cholecalciferol (vitamin d3)</i> |
| COLD DAY-NTE 152 | 152 |218, 219, 224, 229, 231, |
| CHILD MUCINEX M-S | <i>children's mapap</i> .....65 | 238, 240, 241, 243, 244, |
| COLD NIGHT..... 152 | <i>children's mucinex cough</i> ... 153 | 245, 247, 250, 251, 252, |
| CHILD MUCINEX STUFFY | CHILDREN'S MUCINEX | 253, 254, 255 |
| NOSE-CHST..... 153 | MULTI-SYMP 152, 153 | CHOLECALCIFEROL |
| <i>child mucus relief cough</i> ... 153, | CHILDREN'S MULTI-VIT | (VITAMIN D3) .....212, 220, |
| 157 | GUMMIES .....216 | 221, 247, 251, 252, 253, |
| CHILD MULTIVITAMIN | <i>children's multivitamin</i> .....215 | 254, 255 |
| PLUS IRON .....215 | CHILDREN'S | CHOLESTEROL (BULK) .200 |
| CHILDREN | MULTIVITAMIN .215, 216, | <i>cholestyramine (with sugar)</i> .14 |
| MULTIVITAMIN.....215 | 223 | <i>cholestyramine light</i> .....14 |
| <i>children's acetaminophen</i>....64, | CHILDREN'S | CHROMAGEN(SUMALATE- |
| 65, 66 | MULTIVITAMIN GUMMY | QUATREFOLI).....216 |
| <i>children's alaway</i>.....97 |216 | CIBINQO .....129 |
| <i>children's allergy (diphenhyd)</i> | CHILDREN'S OMEGA-3 | <i>ciclodan</i> .....123 |
| 152, 153, 156, 157, 165, 166 | GUMMY FISH.....201 | <i>ciclopirox</i>.....123 |
| <i>children's allergy relief(fex)</i> 151 | <i>children's pain relief</i>.....67, 70 | <i>cidofovir</i>.....6 |
| <i>children's allergy relief(lor)</i> | <i>children's pain reliever</i>.....71 | <i>cilostazol</i>.....20 |
| 152, 157, 166 | <i>children's pain-fever relief</i> ..65, | CIMDUO .....6 |
| CHILDREN'S ALLERGY | 67, 71 | CIMERLI.....97 |
| RELIEF(LOR)..... 156 | <i>childrens plus multi-symp cold</i> | CIMZIA.....23 |
| <i>children's aspirin</i> 71 | 153 | CIMZIA POWDER FOR |
| <i>children's cetirizine</i> 152 | <i>children's saline nasal spray</i> 87 | RECONST.....23 |
| | | CIMZIA STARTER KIT .....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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|--------------------------------------|--------------------|---|---------------|
| <i>cinacalcet</i> | 139 | CLINIMIX 4.25%/D10W | | <i>coenzyme q10-vitamin e</i> | 201 |
| CINRYZE..... | 170 | SULF FREE | 200 | COLACE | 23, 24 |
| CINVANTI..... | 23 | CLINIMIX 4.25%/D5W | | COLACE 2-IN-1 | 24 |
| <i>ciprofloxacin</i> | 11 | SULFIT FREE..... | 114 | COLACE CLEAR..... | 24 |
| <i>ciprofloxacin hcl</i> | 11, 94 | CLINIMIX 5%- | | <i>colchicine</i> | 148 |
| <i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> | | D20W(SULFITE-FREE)200 | | <i>cold and cough elixir</i> | 153 |
| ..... | 11 | CLINIMIX 6%-D5W | | COLD AND FLU SEVERE | |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> | | (SULFITE-FREE) | 201 | ..... | 157, 166 |
| ..... | 89 | CLINIMIX 8%- | | COLD HEAD | |
| <i>cisplatin</i> | 46 | D10W(SULFITE-FREE)201 | | CONGEST(GG-PE- | |
| <i>citalopram</i> | 77 | CLINIMIX 8%- | | ACETM)..... | 156 |
| CITRACAL + D MAXIMUM | | D14W(SULFITE-FREE)201 | | COLD MAX DAY-NIGHT | 156 |
| ..... | 188 | CLINITEST COVID-19 | | COLD MAX DAYTIME ... | 156 |
| CITRACAL-D3 GUMMIES | | HOME TEST | 175 | <i>cold relief plus</i> | 165 |
| ..... | 216 | <i>clobazam</i> | 72 | <i>cold-sinus relief</i> .. | 153, 159, 166 |
| CITRACAL-D3 MAXIMUM | | <i>clobetasol</i> | 126 | COLD-SINUS RELIEF | |
| PLUS | 188 | <i>clobetasol-emollient</i> | 126 | (IBUPROFEN) | 153 |
| CITRACAL-D3 PETITES . | 188 | <i>clofarabine</i> | 46 | <i>colesevelam</i> | 14 |
| <i>citrucel</i> | 23 | <i>clomid</i> | 139 | <i>colestipol</i> | 14 |
| CITRUCEL (SUCROSE)..... | 23 | <i>clomipramine</i> | 77 | <i>colistin (colistimethate na)</i> | 3 |
| CITRUCEL SUGAR FREE . | 23 | <i>clonazepam</i> | 72 | COLUMVI | 46 |
| CITRULLINE (BULK)..... | 206 | <i>clonidine (pf)</i> | 17, 66 | COMBIVENT RESPIMAT | 170 |
| <i>cladribine</i> | 46 | <i>clonidine hcl</i> | 17, 77 | COMETRIQ | 46 |
| <i>claravis</i> | 137 | <i>clonidine transdermal patch</i> . | 17 | COMPACT SPACE | |
| CLARIFYING BASE | 102 | <i>clopidogrel</i> | 20 | CHAMBER | 175 |
| <i>clarithromycin</i> | 9 | <i>clorazepate dipotassium</i> | 77 | COMPACT SPACE | |
| <i>clearlax</i> | 23, 26, 27, 33 | <i>clotrimazole</i> | 2, 93, 94, 123 | CHAMBER-LRG MASK | |
| CLEODERM..... | 129 | <i>clotrimazole-3</i> | 93 | ..... | 175 |
| CLEVER CHOICE | | <i>clotrimazole-betamethasone</i> | | COMPACT SPACE | |
| CHAMBER-LRG MASK |  | ..... | 123 | CHAMBER-MED MASK | |
| ..... | 175 | <i>clozapine</i> | 77 | ..... | 176 |
| CLEVER CHOICE | | <i>co q-10</i> | 100, 101, 102, 103 | COMPACT SPACE | |
| CHAMBER-MED MASK | | CO Q-10 | 101 | CHAMBER-SM MASK . | 176 |
| ..... | 175 | <i>co q-10 (with vit e)</i> | 201 | COMPLERA | 6 |
| CLEVER CHOICE | | COARTEM | 3 | <i>complete allergy</i> | 165 |
| CHAMBER-SM MASK | 175 | COCONUT OIL CREAM.. | 129 | <i>complete allergy medicine</i> .. | 165 |
| CLEVER CHOICE PEAK | | <i>codeine-guaifenesin</i> | 153, 158 | <i>complete multivitamin-mineral</i> | |
| FLOW METER..... | 175 | CODEINE-GUAIFENESIN |  | ..... | 223, 242 |
| <i>clindamycin hcl</i> | 3 | ..... | 159 | COMPLETE | |
| <i>clindamycin in 5 % dextrose</i> .. | 3 | <i>coenzyme q10</i> | 100, 101, 102, | MULTIVITAMIN- | |
| <i>clindamycin phosphate</i> | 3, 93, | 103 | | MINERAL | 216 |
| 137 | | COENZYME Q10..... | 102 | <i>complete mv adult 50 plus</i> .. | 223 |
| CLINIMIX 5%/D15W | | COENZYME Q10 (BULK)102 | | <i>compro</i> | 24 |
| SULFITE FREE | 200 | COENZYME Q10-VIT E-VIT | | CONCEPTIONXR | |
| | | E MIXED | 201 | MOTILITY | 216 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------|--------------------------------------|--|----------|
| <i>conex</i> | 153 | CULTURELLE KIDS | <i>cytarabine</i> | 46 |
| CONEX..... | 153 | PROBIOTIC-MV | <i>cytarabine (pf)</i> | 46 |
| <i>constulose</i> | 24 | CULTURELLE KIDS PRO- | CYTO-Q..... | 202 |
| COPIKTRA..... | 46 | MV-LUTEIN..... | <i>cyto-q max</i> | 202 |
| <i>coq-10</i> | 100 | CULTURELLE PROBIOTIC- | CYTO-Q T-F | 202 |
| CORDX COVID-19 AG | | MULTIVIT..... | D | |
| HOME TEST..... | 176 | CULTURELLE WOMEN'S 4- | <i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i> | |
| <i>corn remover</i> | 121 | IN-1 ..... | ..... | 114 |
| <i>corn-callus remover</i> | 121 | CULTURELLE WOMEN'S | <i>d2.5 %-0.45 % sodium</i> | |
| COROMEGA | 201 | WELLNESS | <i>chloride</i> | 114 |
| CORTIFOAM | 24 | <i>curae</i> | <i>d3-2000</i> | 220 |
| <i>cortisone</i> | 137 | CUTTER | <i>d3-5000</i> | 221 |
| <i>corvita</i> | 216 | CUTTER ALL FAMILY .. | <i>d5 % and 0.9 % sodium</i> | |
| <i>corvita 150</i> | 216 | 130 | <i>chloride</i> | 114 |
| CORVITE 150..... | 216 | CUTTER BACKWOODS.. | <i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> | |
| CORVITE FE..... | 216 | CUTTER BACKWOODS | ..... | 114 |
| COSENTYX..... | 124, 125 | DRY..... | <i>dabigatran etexilate</i> | 20 |
| COSENTYX (2 SYRINGES) | | CUTTER DRY | <i>dacarbazine</i> | 46 |
| ..... | 124 | CUTTER LEMON | <i>dactinomycin</i> | 46 |
| COSENTYX PEN | 125 | EUCALYPTUS | DAILY GUMMIES..... | 217 |
| COSENTYX PEN (2 PENS) | | CUTTER NATURAL INSECT | DAILY MULTIVITAMIN..... | 221 |
| ..... | 125 | REPELLNT | <i>daily multivitamin with iron</i> | |
| COSENTYX UNOREADY | | CUTTER NATURAL | ..... | 233, 239 |
| PEN | 125 | REPELLENT2..... | <i>daily value</i> | 221 |
| COTELLIC..... | 46 | CUTTER SKINSATIONS . | <i>daily vites/iron</i> | 221 |
| COUGH AND COLD | | CUTTER SPORT | <i>daily-vite</i> | 221 |
| (CHLORPHEN-DM) | 153 | <i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i> | <i>daily-vite (with folic acid)</i> .. | 221 |
| COUGH AND SEVERE |  | ..... | DAILY-VITE (WITH FOLIC | |
| COLD | 164 | CYANOCOBALAMIN(VIT | ACID)..... | 221 |
| <i>cough dm er</i> | 153, 160 | B-12)(BULK) | <i>dalfampridine</i> | 85 |
| COUGH DM ER | 153, 157, 160 | <i>cyclobenzaprine</i> | <i>danazol</i> | 139 |
| COUGH SYRUP DM | 153 | <i>cyclophosphamide</i> | <i>dandruff shampoo (pyrithione)</i> | |
| COUGH-COLD RELIEF HBP | | CYCLOPHOSPHAMIDE ... | ..... | 127 |
| ..... | 153 | <i>cyclosporine</i> | <i>dandruff shampoo (selenium)</i> | |
| COVID-19 AT-HOME TEST | | <i>cyclosporine modified</i>..... | ..... | 125 |
| ..... | 176 | CYLTEZO(CF) | <i>dantrolene</i> | 84 |
| CREON | 24 | CYLTEZO(CF) PEN..... | DANYELZA | 46 |
| CRESEMBA | 2 | CYLTEZO(CF) PEN | <i>dapsone</i> | 3 |
| <i>critic-aid clear af(miconazol)</i> | | CROHN'S-UC-HS..... | DAPTACEL (DTAP | |
| ..... | 123 | CYLTEZO(CF) PEN | PEDIATRIC) (PF)..... | 42 |
| <i>cromolyn</i> | 24, 97, 170 | PSORIASIS-UV | <i>daptomycin</i> | 3 |
| <i>cryselle (28)</i> | 89 | CYRAMZA | DAPTOMYCIN | 3 |
| CRYSVITA..... | 139 | <i>cyred eq</i> | <i>darunavir</i> | 6 |
| CULTURELLE ADVANCED | | CYSTAGON | DARZALEX..... | 46 |
| REGULARITY | 35 | CYSTARAN | <i>dasetta 1/35 (28)</i> | 90 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|--|----------|---------------------------------------|---------|-------------------------------------|-------------|
| <i>dasetta 7/7/7 (28)</i> | 90 | <i>dermabase</i> | 130 | DHS SAL..... | 121 |
| <i>daunorubicin</i> | 46 | <i>dermacinrx lidocan</i> | 130 | DIABETES HEALTH | |
| DAURISMO..... | 46, 47 | DESCOVY | 6 | FORMULA..... | 221 |
| <i>day multi-symp flu-severe cold</i> | | <i>desipramine</i> | 77 | DIABETES HEALTH PACK | |
| ..... | 153 | <i>desmopressin</i> | 139 | ..... | 221 |
| <i>daylogic advanced healing</i> | 130 | <i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> | 90 | DIABETIC MULTIVITAMIN | |
| <i>daysee</i> | 90 | <i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> | 90 | ..... | 222 |
| DAYTIME COLD-FLU.... | 157, | <i>desonide</i> | 126 | DIACOMIT | 72 |
| 166 | | <i>desvenlafaxine succinate</i> | 77 | <i>dialyvite</i> | 222 |
| DAYTIME COLD-FLU | | <i>dex4 glucose</i> | 115 | DIALYVITE 3000..... | 222 |
| RELIEF (PE)..... | 154, 158 | <i>dex4 glucose pouch pack</i> | 115 | DIALYVITE 5000..... | 222 |
| <i>daytime-nighttime</i> | 156 | <i>dex4 glucose quick dissolve</i> | 115 | <i>dialyvite 800</i> | 222 |
| D-CERIN..... | 130 | <i>dexamethasone</i> | 138 | DIALYVITE 800..... | 222 |
| DDROPS | 221 | <i>dexamethasone intensol</i> | 137 | DIALYVITE 800-ULTRA D | |
| <i>deblitane</i> | 92 | <i>dexamethasone sodium phos</i> |  | ..... | 222 |
| <i>decara</i> | 221 | (pf) | 138 | DIALYVITE SUPREME D | |
| DECARA | 221 | <i>dexamethasone sodium</i> |  | ..... | 222 |
| DECARA K..... | 221 | phosphate..... | 95, 138 | <i>dialyvite vitamin d</i> | 222 |
| <i>decitabine</i> | 47 | <i>dextrazoxane hcl</i> | 43 | DIALYVITE VITAMIN D3 | |
| DECUBI VITE | 221 | <i>dextroamphetamine-</i> | | MAX..... | 222 |
| <i>deep sea nasal</i> | 87 | amphetamine | 78 | <i>diazepam</i> | 72, 78 |
| <i>deferasirox</i> | 114, 115 | <i>dextromethorphan hbr</i> | 154 | <i>diazepam intensol</i> | 78 |
| <i>deferiprone</i> | 115 | <i>dextromethorphan polistirex</i> | | <i>diazoxide</i> | 141 |
| <i>deferoxamine</i> | 115 | ..... | 154 | <i>diclofenac potassium</i> | 66 |
| DEKAS BARIATRIC | 221 | <i>dextromethorphan-guaifenesin</i> | | <i>diclofenac sodium</i> ... | 66, 94, 130 |
| DEKAS ESSENTIAL | 221 | ..... | 159 | <i>diclofenac-misoprostol</i> | 66 |
| DEKAS PLUS (FOLIC ACID) | | <i>dextrose</i> | 114 | <i>dicloxacillin</i> | 11 |
| ..... | 221 | <i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i> | | <i>dicyclomine</i> | 36 |
| DEKAS PLUS LIQUID | 221 | ..... | 115 | DIFFERIN | 137 |
| DELSTRIGO..... | 6 | <i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> | | DIFICID | 10 |
| DELSYM 12 HOUR..... | 154 | ..... | 115 | <i>diflunisal</i> | 66 |
| DELSYM COUGH | 154 | <i>dextrose 25 % in water (d25w)</i> | | DIGESTIVE HEALTH | |
| <i>delsym cough-chest congest dm</i> |  | ..... | 115 | PROBIOTIC | 37 |
| ..... | 154 | <i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> | | DIGESTIVE PROBIOTIC . | 202 |
| DELSYM COUGH-SORE |  | ..... | 115 | <i>digoxin</i> | 13 |
| THROAT..... | 154 | <i>dextrose 5 %-lactated ringers</i> | | <i>dihydroergotamine</i> | 84 |
| DELSYM NIGHTTIME |  | ..... | 115 | DILANTIN 30 MG..... | 73 |
| COUGH..... | 154 | <i>dextrose 5%-0.2 % sod</i> | | <i>diltiazem hcl</i> | 17 |
| <i>delta d3</i> | 221 | chloride..... | 115 | <i>dilt-xr</i> | 17 |
| <i>demeclocycline</i> | 12 | <i>dextrose 5%-0.3 %</i> | | <i>dimaphen dm</i> | 154 |
| DENGVAXIA (PF)..... | 42 | sod.chloride | 115 | <i>dimenhydrinate</i> | 24 |
| <i>denta 5000 plus</i> | 87 | <i>dextrose 50 % in water (d50w)</i> | | <i>dimethyl fumarate</i> | 85 |
| <i>dentagel</i> | 87 | ..... | 115 | <i>diphedryl</i> | 154 |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 | | <i>dextrose 70 % in water (d70w)</i> | | <i>diphenhydramine hcl</i> .. | 154, 155 |
| ..... | 92 | ..... | 115 | <i>diphenoxylate-atropine</i> | 36 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----|---------------------------------------|----------|---|-----|
| <i>dipyridamole</i> | 20 | <i>dronabinol</i> | 24 | <i>ed bron gp</i> | 155 |
| <i>disulfiram</i> | 115 | <i>droperidol</i> | 24 | <i>ed chlorped jr</i> | 155 |
| <i>divalproex</i> | 73 | DROPSAFE ALCOHOL | | <i>ed-apap</i> | 66 |
| DML FORTE | 130 | PREP PADS | 141 | EDARBI | 18 |
| <i>dobutamine</i> | 13 | <i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i> | | EDARBYCLOR | 18 |
| <i>dobutamine in d5w</i> | 13 | ..... | 90 | EDURANT | 6 |
| <i>docetaxel</i> | 47 | <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> | | <i>efavirenz</i> | 6 |
| <i>docusate calcium</i> | 24 | ..... | 90 | <i>efavirenz-emtricitabin-tenofov6</i> | |
| <i>docusate sodium</i> | 24 | DROXIA | 47 | <i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> | |
| DOCUSATE SODIUM..... | 24 | <i>droxidopa</i> | 115 | ..... | 6 |
| DOCUSOL KIDS..... | 24 | DRY EYE FORMULA | 222 | <i>effer-k</i> | 189 |
| <i>dodex</i> | 222 | DRY EYE RELIEF | 97, 99 | ELAPRASE..... | 139 |
| <i>dofetilide</i> | 12 | DRY SKIN THERAPY(W- | | ELDERTONIC | 222 |
| <i>dok</i> | 24 | PETROLATUM)..... | 130 | <i>electrolyte-148</i> | 202 |
| DOLOGESIC (W- | | DUAVEE..... | 92 | <i>electrolyte-48 in d5w</i> | 202 |
| DEXBROMPHENIRMIN)66 | | DULERA..... | 170 | <i>electrolyte-a</i> | 202 |
| DOLOGESIC-DF | 66 | <i>duloxetine</i> | 78 | <i>electrolytes-dextrose ...</i> 190, 194 | |
| <i>donepezil</i> | 85 | DUPIXENT PEN | 130, 131 | ELIGARD..... | 47 |
| <i>dopamine</i> | 13 | DUPIXENT SYRINGE..... | 131 | ELIGARD (3 MONTH) | 47 |
| <i>dopamine in 5 % dextrose</i> | 13 | DUREX AVANTI BARE | | ELIGARD (4 MONTH) | 47 |
| DOPTELET (10 TAB PACK) | | REAL FEEL | 176 | ELIGARD (6 MONTH) | 47 |
| ..... | 20 | <i>dutasteride</i> | 182 | <i>elinest</i> | 90 |
| DOPTELET (15 TAB PACK) | | <i>dutasteride-tamsulosin</i> | 182 | ELIQUIS..... | 20 |
| ..... | 20 | <i>d-vi-sol</i> | 222 | ELIQUIS DVT-PE TREAT | |
| DOPTELET (30 TAB PACK) | | E | | 30D START..... | 20 |
| ..... | 20 | <i>e-200</i> | 222 | ELITEK | 43 |
| <i>dorzolamide</i> | 96 | <i>e-400 c-500 and beta carotene</i> | | ELIXOPHYLLIN | 170 |
| <i>dorzolamide-timolol</i> | 96 | ..... | 222 | ELLUME COVID-19 HOME | |
| <i>dotti</i> | 92 | <i>ear drops (carbamide</i> | | TEST..... | 176 |
| <i>double antibiotic (b.tracn zn)</i> | | <i>peroxide</i>)..... | 89 | ELMIRON | 181 |
| ..... | 122 | <i>ear wax removal drops</i> | 89 | ELREXFIO | 47 |
| DOUBLE ANTIBIOTIC | | <i>ear wax removal kit</i> | 89 | <i>eluryng</i> | 93 |
| (B.TRACN ZN)..... | 122 | EASIVENT HOLDING | | ELZONRIS | 47 |
| DOVATO | 6 | CHAMBER | 176 | EMERGEN-C..... | 222 |
| <i>doxazosin</i> | 17 | EASIVENT MASK LARGE | | EMERGEN-C IMMUNE | |
| <i>doxepin</i> | 78 | ..... | 176 | PLUS | 223 |
| <i>doxercalciferol</i> | 139 | EASIVENT MASK MEDIUM | | EMERGEN-C KIDZ | 223 |
| <i>doxorubicin</i> | 47 | ..... | 176 | EMERGEN-C MSM LITE.223 | |
| <i>doxorubicin, peg-liposomal</i> .. | 47 | EASIVENT MASK SMALL | | EMGALITY PEN..... | 84 |
| <i>doxy-100</i> | 12 | ..... | 176 | EMGALITY SYRINGE | 84 |
| <i>doxycycline hyclate</i> | 12 | <i>econazole</i> | 123 | EMOLLIA | 131 |
| <i>doxycycline monohydrate</i> | 12 | <i>econtra one-step</i> | 90 | <i>emollient</i> | 131 |
| <i>driminate</i> | 24 | <i>ed a-hist</i> | 155 | EMPLICITI | 47 |
| DRISDOL..... | 222 | <i>ed a-hist dm</i> | 155 | EMSAM | 78 |
| DRIZALMA SPRINKLE..... | 78 | ED A-HIST DM | 155 | <i>emtricitabine</i> | 6 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|--|--|---|
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ... 6 | <i>epsom salt (laxative)</i>.....25 | <i>etoposide</i>.....48 |
| EMTRIVA..... 6 | ERBITUX.....47 | <i>etravirine</i> .....6 |
| EMVERM 3 | <i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> 224, | EUCERIN..... 131 |
| <i>emzahn</i>.....92 | 250 | EUCERIN ADVANCED |
| <i>enalapril maleate</i> 18 | ERGOCALCIFEROL | REPAIR..... 131 |
| <i>enalaprilat</i> 18 | (VITAMIN D2) 250 | EUCERIN ADVANCED |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> | <i>ergotamine-caffeine</i> 84 | REPAIR HAND 131 |
| 18 | <i>eribulin</i> 47 | EUCERIN SKIN CALMING |
| ENBREL 145 | ERIVEDGE 47 | 131 |
| ENBREL MINI 145 | ERLEADA 47 | <i>euthyrox</i> 138 |
| ENBREL SURECLICK 145 | <i>erlotinib</i> 47, 48 | <i>everolimus (antineoplastic)</i> ..48 |
| <i>endacof - dm</i> 155 | <i>errin</i> 92 | <i>everolimus</i> |
| <i>endocet</i> 60 | <i>ertapenem</i> 3 | (immunosuppressive) 48 |
| <i>endur-acin</i> 14 | ERWINASE 48 | EVOTAZ 6 |
| ENDUR-VM IRON-FREE 223 | <i>ery pads</i> 137 | <i>exemestane</i>.....48 |
| ENDUR-VM WITH IRON 223 | <i>ery-tab</i> 10 | EXTREME OMEGA-3 .....202 |
| <i>enema</i> 25, 31 | <i>erythrocin (as stearate)</i> 10 | <i>eye health plus lutein</i> .....223 |
| <i>enema disposable</i> 24 | <i>erythromycin</i> 10, 95 | EYE HEALTH PLUS |
| ENEMEEZ 25 | <i>erythromycin ethylsuccinate</i> . 10 | LUTEIN.....217, 224 |
| ENEMEEZ PLUS 25 | <i>erythromycin with ethanol</i> .. 137 | <i>eye itch relief</i> .....97, 99 |
| ENFAMIL ENFALYTE ... 189 | <i>escitalopram oxalate</i> 78 | EYE MULTIVITAMIN ....224 |
| ENGERIX-B (PF) 42 | <i>esmolol</i> 18 | EYLEA 97 |
| ENGERIX-B PEDIATRIC | <i>esomeprazole magnesium</i>....38, | <i>ezetimibe</i> 14 |
| (PF)..... 42 | 39, 40 | <i>ezetimibe-simvastatin</i> 14 |
| <i>enoxaparin</i> 20, 21 | <i>esomeprazole sodium</i> 38 | <i>ezfe 200</i>.....224 |
| <i>enpresse</i> 90 | ESSENCE C 240 | F |
| <i>enskyce</i> 90 | <i>essentia</i> 224 | FA-8..... 224 |
| <i>ensure clear</i> 202 | ESSENTIAL MAN 224 | FABRAZYME 139 |
| ENSURE CLEAR | ESSENTIAL MAN 50 PLUS | <i>falmina (28)</i> 90 |
| THERAPEUTIC..... 202 | 224 | <i>famciclovir</i> 6 |
| <i>entacapone</i> 59 | ESSENTIAL WOMAN 50 | <i>famotidine</i> 38 |
| <i>entecavir</i> 6 | PLUS 224 | <i>famotidine (pf)</i> 38 |
| ENTRESTO 13 | <i>estarylla</i> 90 | <i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> 38 |
| ENTRESTO SPRINKLE 13 | <i>estradiol</i> 92 | FANAPT..... 78 |
| ENTYVIO 25 | <i>estradiol valerate</i> 92 | FANTASY CONDOM 176 |
| <i>enulose</i> 25 | <i>estradiol-norethindrone acet</i> 92 | FARXIGA 141 |
| ENVARSUS XR 47 | <i>eszopiclone</i> 78 | FASENRA 170 |
| EPIDIOLEX 73 | <i>ethacrynate sodium</i> 18 | FASENRA PEN 170 |
| <i>epinastine</i> 97 | <i>ethambutol</i> 3 | FAST ACTING NASAL..... 88 |
| <i>epinephrine</i> 155 | <i>ethosuximide</i> 73 | FASTEP COVID-19 AG |
| <i>epirubicin</i> 47 | <i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 90 | HOME TEST..... 176 |
| <i>epitol</i> 73 | <i>etodolac</i> 66 | FC2 FEMALE CONDOM .176 |
| EPKINLY 47 | <i>etogestrel-ethinyl estradiol</i> | <i>febuxostat</i> 148 |
| <i>eplerenone</i> 18 | 93 | <i>felbamate</i> 73 |
| EPRONTIA 73 | ETOPOPHOS..... 48 | <i>felodipine</i> 18 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---|----------|--|----------|---|----------|
| <i>fenofibrate</i> | 14 | <i>finger cream</i> | 132 | FLINTSTONES PLUS | |
| <i>fenofibrate micronized</i> | 14 | <i>fingolimod</i> | 85 | CALCIUM..... | 226 |
| <i>fenofibrate nanocrystallized</i> . | 14 | FINTEPLA | 73 | FLINTSTONES SOUR | |
| <i>fenofibric acid</i> | 14 | FIRMAGON KIT W | | GUMMIES | 227 |
| <i>fenofibric acid (choline)</i> | 14 | DILUENT SYRINGE | 48 | FLINTSTONES TAB CHEW | |
| <i>fentanyl</i> | 60 | FIRST AID ANTIBIOTIC . | 122 | ..... | 227 |
| <i>fentanyl citrate</i> | 60 | FIRST AID | | FLINTSTONES WITH | |
| <i>fentanyl citrate (pf)</i> | 60 | ANTISEPTIC(POVIDONE) | | EXTRA IRON..... | 227 |
| <i>feosol</i> | 224 | ..... | 122 | FLINTSTONES WITH IRON | |
| FEOSOL..... | 224 | <i>fish oil</i> 201, 202, 203, 204, 205, |  | ..... | 227 |
| FERAHEME | 224, 225 | 207, 208 | | FLINTSTONES/EXTRA C226 | |
| <i>ferate</i> | 225 | FISH OIL...201, 202, 203, 204, | | FLONASE ALLERGY | |
| FERGON..... | 225 | 205, 208 | | RELIEF..... | 170, 171 |
| FER-IN-SOL | 225 | <i>fish oil extra strength</i> | 204 | FLORAJEN ACIDOPHILUS | |
| FERIVA 21-7 | 225 | FISH OIL PEARLS..... | 204 | ..... | 205 |
| <i>ferosul</i> | 225 | <i>fish oil-dha-epa</i> | 226 | FLORAJEN WOMEN..... | 36 |
| <i>ferrex 150</i> | 225 | <i>flac otic oil</i> | 89 | <i>floranex</i> | 205 |
| <i>ferric x-150</i> | 225 | FLANDERS BUTTOCKS . | 131 | FLORANEX..... | 205 |
| FERRLECIT..... | 115 | FLAVOR SWEET-SF | 115 | FLORIVA..... | 227 |
| <i>ferro-time</i> | 225 | <i>flecainide</i> | 13 | FLORIVA PLUS | 227 |
| <i>ferrous gluconate</i> 217, 225, 231 | | FLEET BISACODYL | 25 | FLOWFLEX COVID-19 AG | |
| <i>ferrous sulfate</i>....217, 225, 226, | | <i>fleet enema</i> | 25 | HOME TEST..... | 177 |
| 230, 231, 237, 238, 240, 244 | | FLEET MINERAL OIL | 25 | <i>floxuridine</i> | 48 |
| FERROUS SULFATE, DRIED | | FLEET PEDIATRIC | 25 | FLU HBP..... | 155 |
| (BULK) | 226 | FLEXICHAMBER..... | 176 | <i>fluconazole</i> | 2 |
| FETZIMA..... | 78 | FLEXICHAMBER-LG | | <i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .. | 2 |
| <i>feverall</i> | 66 | CHILD MASK | 176 | <i>flucytosine</i> | 2 |
| FEVERALL | 66 | FLEXICHAMBER-SM | | <i>fludarabine</i> | 48 |
| <i>fe-vite</i> | 238 | ADULT MASK..... | 177 | <i>fludrocortisone</i> | 138 |
| <i>fexofenadine</i> 155, 160, 166, 167 | | FLEXICHAMBER-SM | | <i>flumazenil</i> | 78 |
| <i>fexofenadine-pseudoephedrine</i> | | CHILD MASK | 177 | <i>flunisolide</i> | 171 |
| ..... | 155, 157 | FLINTSTONES COMPLETE | | <i>fluocinolone</i> | 126 |
| <i>fiber (calcium polycarbophil)</i> |  | ..... | 226 | <i>fluocinolone acetone oil</i> | 89 |
| ..... | 25, 33 | FLINTSTONES COMPLETE | | <i>fluocinolone and shower cap</i> | |
| <i>fiber laxative (ca polycarbo)</i> | | (FE SULF)..... | 226 | ..... | 126 |
| ..... | 25, 26 | FLINTSTONES COMPLETE | | <i>fluocinonide</i> | 126 |
| <i>fiber laxative(methylcellulos)</i> | | (IRON)..... | 226 | <i>fluocinonide-emollient</i> | 126 |
| ..... | 33 | FLINTSTONES COMPLETE | | <i>fluoride (sodium)</i> | 87, 227 |
| <i>fiber therapy (m-cell/sugar)</i> . | 25 | FLINTSTONES GUMMIES | | <i>fluorometholone</i> | 96 |
| <i>fiber therapy (m-cellulose)</i> ... | 25 | ..... | 226 | <i>fluorouracil</i> | 48, 131 |
| <i>fiber therapy (psyllium-sucro)</i> | | FLINTSTONES GUMMIES | | <i>fluoxetine</i> | 78, 79 |
| ..... | 25 | OMEGA-3 | 226 | <i>fluphenazine decanoate</i> | 79 |
| <i>fiber-lax</i> | 25 | FLINTSTONES MULTI-VIT | | <i>fluphenazine hcl</i> | 79 |
| <i>fiber-tabs</i> | 25 | GUMMIES | 227 | <i>flurbiprofen</i> | 66 |
| <i>finasteride</i> | 182 | FLINTSTONES | | <i>flurbiprofen sodium</i> | 94 |
| | | MULTIVITAMIN .. | 226, 227 | | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|--|--|---|
| FLU-SEVERE COLD- COUGH DAYTIME 155, 158 | GARDASIL 9 (PF).....42 <i>gas relief (simethicone)</i> .26, 33, 34 | GENTEAL TEARS SEVERE GEL DROPS .....97 |
| <i>fluticasone propionate</i> 126, 171 | GAS RELIEF (SIMETHICONE) .....26, 33 | GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT)....97 |
| FLUTICASONE PROPIONATE 171 | <i>gas relief 80 (simethicone)</i> ...27 | <i>gentian violet</i> .....123 |
| <i>fluticasone propion-salmeterol</i> 171 | <i>gas relief extra strength</i> ..26, 33 | <i>gentle laxative (bisacodyl)</i> ...26, 27, 31, 33 |
| <i>fluvastatin</i> 14 | <i>gas relief ultra strength</i> ..26, 27 | GENVOYA .....6 |
| <i>fluvoxamine</i> 79 | GAS-X EXTRA STRENGTH.....26 | GILOTRIF .....49 |
| <i>folic acid</i>....217, 227, 228, 240, 242, 244, 258 | GAS-X ULTRA-STRENGTH.....27 | <i>glatiramer</i> .....85 |
| FOLIC ACID.....227, 228 | <i>gatifloxacin</i>.....95 | <i>glatopa</i>.....85 |
| FOLIC ACID (BULK) .....228 | GATTEX 30-VIAL .....27 | GLEOSTINE .....49 |
| <i>folivane-f</i>.....228 | GATTEX ONE-VIAL .....27 | <i>glimepiride</i>.....141 |
| <i>fomepizole</i>.....42 | GAUZE PAD .....177 | <i>glipizide</i> .....141 |
| <i>fondaparinux</i> .....21 | <i>gavilax</i> .....27 | <i>glipizide-metformin</i>.....141 |
| <i>formoterol fumarate</i> 171 | <i>gavilyte-c</i> .....27 | <i>glucose</i> .....114, 116, 117, 118, 119, 120 |
| <i>fosamprenavir</i>.....6 | <i>gavilyte-g</i>.....27 | <i>glucose gel</i>.....114, 120 |
| <i>fosaprepitant</i>.....25 | <i>gavilyte-n</i> .....27 | GLUTAMINE .....117 |
| <i>fosinopril</i> .....18 | GAVICON .....27 | GLUTAMINE (BULK).....117 |
| <i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> 18 | GAVICON EXTRA STRENGTH .....27 | <i>glutamine (sickle cell)</i>.....116 |
| <i>fosphenytoin</i> 73 | GAVRETO.....49 | GLUTATHIONE (BULK) .117 |
| FOTIVDA .....48 | GAZYVA .....49 | <i>glycerin</i> .....131, 132 |
| FREEDAVITE .....228 | <i>gefitinib</i>.....49 | GLYCERIN.....131 |
| FRESHKOTE.....97 | <i>gemcitabine</i> .....49 | <i>glycerin (bulk)</i> .....131, 132 |
| FRUCTOSE (BULK)..... 115 | GEMCITABINE .....49 | <i>glycine urologic</i> .....181 |
| FRUZAQLA.....48 | <i>gemfibrozil</i>.....14 | <i>glycine urologic solution</i> ....181 |
| <i>full spectrum b-vitamin c</i>....228 | GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME.....177 | <i>glycopyrrolate</i>.....36 |
| FULPHILA.....40 | GENADEK STEP 1 .....228 | <i>glycopyrrolate (pf) in water</i> ..36 |
| <i>fulvestrant</i>.....49 | GENADEK STEP 2 .....228 | <i>glydo</i> .....132 |
| <i>fungoid tincture</i> 123 | <i>generlac</i> .....27 | GLYXAMBI.....141 |
| <i>furosemide</i> 18 | <i>gengraf</i>.....49 | GOLD BOND ADVANCED HEALING .....132 |
| FUSION PLUS.....228 | <i>gentamicin</i> .....3, 95, 122 | GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST.....177 |
| FUZEON .....6 | <i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i> ..3 | <i>granisetron (pf)</i>.....27 |
| FYARRO.....49 | <i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..3 | <i>granisetron hcl</i>.....27 |
| <i>fyavolv</i> .....92 | GENTEAL TEARS MODERATE.....97 | GRAPE FLAVOR (BULK)102 |
| FYCOMPA .....73 | GENTEAL TEARS MODERATE (PF).....97 | <i>griseofulvin microsize</i>.....2 |
| G | GENTEAL TEARS SEVERE GEL .....97 | <i>griseofulvin ultramicrosize</i> ....2 |
| <i>gabapentin</i>.....73 | | <i>guaifenesin</i>.....158, 159 |
| <i>galantamine</i>.....85 | | <i>gummi bear multivitamin</i>....229 |
| GALZIN .....189 | | GUMMY DINOS .....217 |
| GAMASTAN .....42 | | GVOKE .....141 |
| <i>ganciclovir sodium</i> .....6 | | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---|----------|--|-----|---|-----|
| GVOKE HYPOPEN 1-PACK | 141 | <i>heparin (porcine)</i> | 21 | HUMIRA (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... | 145 |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK | 141 | <i>heparin (porcine) in 5 % dex</i> | 21 | HUMIRA PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... | 146 |
| GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE..... | 142 | <i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i> | 21 | HUMIRA(CF) (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... | 146 |
| GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE..... | 142 | <i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i> | 21 | HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... | 146 |
| H | | HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NAACL..... | 21 | HUMIRA(CF) PEN (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... | 146 |
| <i>hair, skin and nails advanced</i> | 228 | <i>heparin, porcine (pf)</i> | 21 | HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... | 146 |
| HAIR, SKIN AND NAILS ADVANCED | 230 | HEPLISAV-B (PF)..... | 42 | HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC (ONLY NDCS STARTING WITH 00074)..... | 146 |
| HAIR, SKIN AND NAILS- ARGAN OIL | 230 | <i>her style</i> | 90 | HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00074)..... | 146 |
| <i>hair,skin and nails</i> | 242 | HIBERIX (PF)..... | 42 | HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN | 142 |
| HAIR,SKIN AND NAILS(FA- BIOTIN) | 229, 230 | <i>hi-cal plus vit d</i> | 196 | HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN..... | 142 |
| HAIR-SKIN-NAIL(VIT A,C- BIOTIN) | 230 | HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC | 230 | HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN..... | 142 |
| HAIR-SKIN-NAILS (MV-FA- BIOTIN) | 230 | HI-D DROP | 230 | HUMULIN N NPH U-100 INSULIN | 142 |
| <i>halobetasol propionate</i> | 126 | <i>high potency iron</i> | 240 | HUMULIN R REGULAR U- 100 INSULN | 142 |
| <i>haloperidol</i> | 79 | HIGH POTENCY IRON.... | 240 | HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN | 142 |
| <i>haloperidol decanoate</i> | 79 | <i>high potency multivit (w-iron)</i> | 230 | HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN..... | 142 |
| <i>haloperidol lactate</i> | 79 | HIGH POTENCY MULTIVITAMIN | 230 | HUCODAN | 160 |
| HARD NAILS | 230 | HISTEX (TRIPROLIDINE) | 159 | HUCODAN (WITH HOMATROPINE)..... | 160 |
| HAVRIX (PF) | 42 | HISTEX DM | 159 | <i>hydralazine</i> | 18 |
| HEAD CONGESTION- MUCUS..... | 159 | HISTEX PD..... | 159 | | |
| <i>healthy eyes</i> | 229, 230 | HISTEX PDX..... | 159 | | |
| HEALTHY EYES | 230 | HIZENTRA | 42 | | |
| HEALTHY EYES LUTEIN- ZEAXANTHIN | 230 | <i>honey bears multivitamin</i> ... | 230 | | |
| HEALTHY EYES SUPERVISION2..... | 230 | <i>honey bears with iron-zinc</i> . | 230 | | |
| <i>healthylax</i> | 28 | HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 | 142 | | |
| HEARTBURN RELIEF | 28 | HUMALOG KWIKPEN INSULIN | 142 | | |
| <i>heartburn relief (famotidine)</i> | 39 | HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN..... | 142 | | |
| <i>heather</i> | 92 | HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN..... | 142 | | |
| HEMATEX | 230 | HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN | 142 | | |
| <i>hematogen fa</i> | 230 | HUMALOG U-100 INSULIN | 142 | | |
| HEMOCYTE-PLUS..... | 230 | | | | |
| HEMORRHOIDAL(PE-MIN OIL-PETRO)..... | 28 | | | | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---|--------------------|--------------------------------------|----------------|---|---------------|
| <i>hydralyte</i> | 190 | ICAR | 230 | <i>infant-toddler multivit-iron</i> | 231 |
| HYDRASYN25..... | 132 | <i>icatibant</i> | 171 | INFED | 231 |
| <i>hydrochlorothiazide</i> | 18 | ICLUSIG | 49 | INFUVITE PEDIATRIC | 231 |
| <i>hydrocodone-acetaminophen</i> | 60 | <i>icosapent ethyl</i> | 14 | INGREZZA | 85 |
| <i>hydrocodone-</i> | | <i>idarubicin</i> | 49 | INGREZZA INITIATION | |
| <i>chlorpheniramine</i> | 160 | IDEAL BOWEL SUPPORT | 36 | PK(TARDIV) | 85 |
| <i>hydrocodone-homatropine</i> | 160 | IDHIFA | 49 | INGREZZA SPRINKLE | 86 |
| <i>hydrocodone-ibuprofen</i> | 60 | <i>iferex 150</i> | 230 | INJECTAFER..... | 231 |
| <i>hydrocortisone</i> | 28, 126, 127, 138 | <i>iferex 150 forte</i> | 230 | INLYTA | 50 |
| <i>hydrocortisone acetate</i> | 126, 127 | <i>ifosfamide</i> | 49 | INPEFA | 142 |
| <i>hydrocortisone plus</i> | 127 | IHEALTH COVID-19 AG | | INQOVI..... | 50 |
| <i>hydrocortisone-acetic acid</i> | 89 | HOME TEST..... | 177 | INREBIC | 50 |
| <i>hydrocortisone-aloe vera</i> | 127 | ILARIS (PF)..... | 41 | INSECT REPELLENT | |
| <i>hydrolatum</i> | 132 | <i>imatinib</i> | 49 | (DEET) | 130 |
| <i>hydromet</i> | 160 | IMBRUVICA | 49, 50 | INSECT REPELLENT | |
| <i>hydromorphone</i> | 60, 61 | IMDELLTRA..... | 50 | (PICARIDIN) | 132 |
| <i>hydromorphone (pf)</i> | 60 | IMFINZI..... | 50 | INSULIN LISPRO | 142 |
| HYDROPHILIC | | <i>imipenem-cilastatin</i> | 3 | INSULIN SYRINGE- | |
| PETROLATUM | 132 | <i>imipramine hcl</i> | 79 | NEEDLE U-100 | 177 |
| HYDROPHOR..... | 132 | <i>imiquimod</i> | 132 | INSULIN SYRINGES (NON- | |
| HYDROUS EMULSIFIED | | IMJUDO..... | 50 | PREFERRED BRANDS) | |
| BASE..... | 132 | IMMUNE SUPPORT..... | 205 | ..... | 177 |
| <i>hydroxocobalamin</i> | 230 | IMOVAX RABIES VACCINE | | INTEGRA F | 231 |
| HYDROXOCOBALAMIN | | (PF)..... | 42 | INTEGRA PLUS..... | 231 |
| (BULK) | 230 | IMVEXXY MAINTENANCE | | INTELENCE | 6 |
| <i>hydroxychloroquine</i> | 3 | PACK | 92 | INTELISWAB COVID-19 | |
| <i>hydroxyurea</i> | 49 | IMVEXXY STARTER PACK | | HOME TEST..... | 177 |
| <i>hydroxyzine hcl</i> | 160 | ..... | 92 | INTESTINEX..... | 205 |
| HYPERHEP B..... | 42 | INBRIJA..... | 59 | <i>intralipid</i> | 205 |
| HYPERHEP B NEONATAL | | <i>incassia</i> | 93 | <i>introvale</i> | 90 |
| ..... | 42 | INCRELEX | 116 | INVEGA HAFYERA | 79 |
| HYPROMELLOSE..... | 97 | <i>indapamide</i> | 18 | INVEGA SUSTENNA | 79, 80 |
| I | | INDICAID COVID-19 AG | | INVEGA TRINZA | 80 |
| <i>ibandronate</i> | 148 | HOME TEST..... | 177 | INVELTYS..... | 96 |
| IBRANCE | 49 | INFANRIX (DTAP) (PF)..... | 42 | IPOL | 42 |
| <i>ibu</i> | 68 | <i>infant pain reliever</i> | 69 | <i>ipratropium bromide</i> | 87, 171 |
| <i>ibuprofen</i> | 67, 68, 69, 70, 71 | <i>infant's acetaminophen</i> | 69 | <i>ipratropium-albuterol</i> | 171 |
| <i>ibuprofen cold-sinus(with pse)</i> | | <i>infants gas relief</i> | 26, 28, 33 | <i>irbesartan</i> | 18 |
| ..... | 165 | <i>infant's ibuprofen</i> | 68, 69, 71 | <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> | |
| <i>ibuprofen ib</i> | 67, 71 | <i>infants' pain and fever</i> | 68, 69, 70, 71 | ..... | 18 |
| <i>ibuprofen jr strength</i> | 68 | <i>infants' pain relief</i> | 69 | <i>irinotecan</i> | 50 |
| IBUPROFEN- | | <i>infants simethicone</i> | 28 | <i>iron</i> | 229, 231, 242 |
| ACETAMINOPHEN | 63 | INFANT-TODDLER | | <i>iron (ferrous sulfate)</i> | 217, 223, 231 |
| <i>ibutilide fumarate</i> | 13 | MULTIVITAMIN | 231 | <i>iron chews</i> | 231 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|-------------------------------------|--------|--------------------------------------|--------|--|----------|
| <i>iron folate plus</i> | 231 | <i>jock itch (terbinafine)</i> | 123 | KIMONO THIN | |
| <i>iron folate-f.</i> | 231 | <i>jolessa</i> | 90 | LUBRICATED CONDOMS | |
| IRONUP | 231 | <i>juleber</i> | 90 | ..... | 177 |
| IROSPAN 24/6..... | 231 | JULUCA..... | 6 | <i>kinderlyte</i> | 190 |
| IS-D-10,000..... | 231 | JUST 4 KIDZ MULTIVIT- | | KINRIX (PF)..... | 42 |
| ISENTRESS | 6 | PROBIOTIC | 231 | <i>kionex (with sorbitol)</i> | 116 |
| ISENTRESS HD | 6 | JYLAMVO | 50 | KISQALI | 51 |
| <i>isibloom</i> | 90 | JYNNEOS (PF) | 42 | KISQALI FEMARA CO- | |
| ISOLEUCINE (BULK)..... | 206 | K | | PACK | 50, 51 |
| ISOLYTE S PH 7.4..... | 205 | KADCYLA | 50 | <i>klayesta</i> | 124 |
| ISOLYTE-P IN 5 % | | KALA..... | 36 | <i>klor-con 10</i> | 190 |
| DEXTROSE | 205 | <i>kalliga</i> | 90 | <i>klor-con 8</i> | 190 |
| ISOLYTE-S..... | 205 | KALYDECO | 171 | <i>klor-con m10</i> | 190 |
| <i>isoniazid</i> | 3 | KANUMA | 139 | <i>klor-con m15</i> | 190 |
| <i>isosorbide dinitrate</i> | 16 | <i>kariva (28)</i> | 90 | <i>klor-con m20</i> | 190 |
| <i>isosorbide mononitrate</i> | 16 | <i>kelnor 1/35 (28)</i> | 90 | <i>klor-con oral packet 20</i> | 190 |
| <i>isosorbide-hydralazine</i> | 18 | <i>kelnor 1/50 (28)</i> | 90 | <i>klor-con/ef</i> | 190 |
| <i>isotretinoin</i> | 137 | KERADAN | 132 | <i>konsyl sugar-free</i> | 28 |
| <i>isradipine</i> | 18 | KERENDIA..... | 18 | KOSELUGO..... | 51 |
| ISTODAX | 50 | KESIMPTA PEN | 86 | <i>kourzeq</i> | 87 |
| <i>itch relief</i> | 132 | <i>ketoconazole</i> | 2, 124 | K-PAX IMMUNE SUPPORT | |
| ITCH RELIEF | 132 | KETO-DIASTIX | 143 | ..... | 232 |
| <i>itraconazole</i> | 2 | KETONE CARE | 141 | K-PHOS NO 2..... | 181 |
| <i>ivabradine</i> | 14 | <i>ketorolac</i> | 94 | K-PHOS ORIGINAL | 181 |
| <i>ivermectin</i> | 3, 127 | <i>ketotifen fumarate</i> | 97 | KRAZATI..... | 51 |
| <i>i-vite</i> | 231 | KEYTRUDA | 50 | <i>kurvelo (28)</i> | 90 |
| IWILFIN..... | 50 | KHAPZORY | 44 | KYPROLIS..... | 51 |
| IXCHIQ (PF)..... | 42 | KIDS' GUMMY | 217 | L | |
| IXEMPra..... | 50 | KIDS MULTI ZERO..... | 231 | <i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> 90 | |
| IXIARO (PF)..... | 42 | KIDS MULTIVITAMIN- | | <i>l.acidophilus-bifido.longum</i> .35, | |
| J | | MINERALS..... | 232 | 36 | |
| JAKAFI..... | 50 | <i>kids vitamin d3</i> | 232 | <i>labetalol</i> | 18 |
| <i>jantoven</i> | 21 | KIMMTRAK..... | 50 | <i>lacosamide</i> | 73 |
| JANUMET | 142 | KIMONO LUBRICATED | | <i>lactated ringers</i> | 120, 190 |
| JANUMET XR..... | 142 | CONDOMS | 177 | <i>lactobac acidoph-fructooligos</i> | |
| JANUVIA..... | 142 | KIMONO MICROTHIN |  | ..... | 35 |
| JARDIANCE..... | 142 | AQUA LUBE CON..... | 177 | <i>lactobacillus acidophilus</i> ...199, | |
| <i>jasmiel (28)</i> | 90 | KIMONO MICROTHIN | | 200, 201, 208 | |
| JAYPIRCA..... | 50 | CONDOMS | 177 | LACTOBACILLUS | |
| JEMPERLI | 50 | KIMONO MICROTHIN | | ACIDOPHILUS ....199, 200, | |
| <i>jencycla</i> | 93 | LARGE CONDOMS..... | 177 | 208 | |
| JENTADUETO | 142 | KIMONO TEXTURED | | LACTOBACILLUS | |
| JENTADUETO XR..... | 143 | CONDOMS | 177 | ACIDOPH-L.BULGAR .205 | |
| JEVTANA..... | 50 | | | LACTOSE (BULK)..... | 117 |
| <i>jinteli</i> | 93 | | | <i>lactulose</i> | 28 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---------------------------------------|------------|--|----------|---|---------------|
| <i>lamivudine</i> | 6 | <i>levo-t</i> | 138 | <i>lohist - d</i> | 160 |
| <i>lamivudine-zidovudine</i> | 6 | <i>levothyroxine</i> | 138, 139 | <i>lohist-dm</i> | 160 |
| <i>lamotrigine</i> | 73 | <i>levoxyl</i> | 139 | LOKELMA..... | 117 |
| LANOLIN (HPA) | 132 | L-GLUTAMINE | 117 | LOLLIBASE | 117 |
| <i>lanreotide</i> | 51 | LIBERVANT | 74 | LONSURF | 51 |
| <i>lansoprazole</i> | 38, 39, 40 | LIBTAYO | 51 | <i>loperamide</i> | 36, 37 |
| LANTUS SOLOSTAR U-100 | | <i>lice killing</i> | 127, 128 | LOPERAMIDE | 36, 37 |
| INSULIN..... | 143 | <i>lice killing (permethrin)</i> | 127 | <i>lopinavir-ritonavir</i> | 6 |
| LANTUS U-100 INSULIN | 143 | <i>lice treatment</i> | 128 | LOQTORZI..... | 51 |
| <i>lapatinib</i> | 51 | <i>lice treatment (permethrin)</i> | 128 | <i>loratadine</i> ..152, 157, 159, 160, | |
| <i>larin 1.5/30 (21)</i> | 90 | <i>lidocaine</i> | 132, 133 | 161, 165, 166, 167 | |
| <i>larin 1/20 (21)</i> | 90 | <i>lidocaine (pf)</i> | 13, 132 | <i>lorata-dine d</i> | 167 |
| <i>larin 24 fe</i> | 90 | <i>lidocaine hcl</i> | 132, 133 | <i>loratadine-d</i> | 161, 165, 167 |
| <i>larin fe 1.5/30 (28)</i> | 90 | <i>lidocaine in 5 % dextrose (pf)</i> | | <i>lorazepam</i> | 80 |
| <i>larin fe 1/20 (28)</i> | 90 | ..... | 13 | <i>lorazepam intensol</i> | 80 |
| <i>latanoprost</i> | 96 | <i>lidocaine viscous</i> | 133 | LORBRENA..... | 51 |
| <i>laxative (bisacodyl)</i> | 26, 28 | <i>lidocaine-epinephrine</i> | 133 | LORTUSS LQ..... | 161 |
| <i>laxative (sennosides)</i> | 28 | <i>lidocaine-epinephrine (pf)</i> .. | 133 | <i>loryna (28)</i> | 91 |
| L-CITRULLINE..... | 206 | <i>lidocaine-prilocaine</i> | 133 | <i>losartan</i> | 18 |
| LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR | | <i>lidocan iii</i> | 133 | <i>losartan-hydrochlorothiazide</i> | |
| ..... | 6 | <i>lidocan iv</i> | 133 | ..... | 18 |
| <i>leflunomide</i> | 146 | <i>lidocan v</i> | 133 | <i>loteprednol etabonate</i> | 96 |
| <i>lenalidomide</i> | 51 | LILETTA..... | 93 | <i>lovastatin</i> | 14 |
| LENVIMA | 51 | <i>lincomycin</i> | 3 | <i>low-ogestrel (28)</i> | 91 |
| <i>lessina</i> | 90 | <i>linezolid</i> | 3, 4 | <i>loxapine succinate</i> | 80 |
| <i>letrozole</i> | 51 | <i>linezolid in dextrose 5%</i> | 3 | <i>lo-zumandimine (28)</i> | 91 |
| <i>leucovorin calcium</i> | 44 | <i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> | | <i>lubiprostone</i> | 28 |
| <i>leuprolide</i> | 51 | ..... | 4 | LUBRICANT EYE | 97 |
| <i>levetiracetam</i> | 74 | LINZESS | 28 | <i>lubricant eye (pg-peg 400)</i> ..97, | |
| <i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i> | | <i>liothyronine</i> | 139 | 99 | |
| ..... | 74 | LIP BALM BASE (BULK) | 133 | LUBRICANT EYE (PG-PEG | |
| <i>levobunolol</i> | 95 | LIQ-10..... | 206 | 400)(PF)..... | 97, 100 |
| <i>levocarnitine</i> | 117 | LIQUID CALCIUM WITH | | LUBRICANT EYE (PROPYL | |
| LEVOCARNITINE (BULK) | | VITAMIN D..... | 190 | GLYCOL)..... | 97 |
| ..... | 117 | <i>liquid multivitamin</i> | 232 | <i>lubricant eye drops</i> | 97 |
| <i>levocarnitine (with sugar)</i> .. | 117 | <i>lisinopril</i> | 18 | <i>lubricating plus</i> | 97, 99 |
| <i>levocetirizine</i> | 160 | <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> | | <i>lubrifresh pm</i> | 97 |
| <i>levofloxacin</i> | 12, 95 | ..... | 18 | LUCIRA CHECK-IT COVID | |
| <i>levofloxacin in d5w</i> | 11, 12 | L-ISOLEUCINE..... | 206 | HOME TST | 177 |
| <i>levoleucovorin calcium</i> | 44 | <i>lithium carbonate</i> | 80 | LUMAKRAS..... | 52 |
| <i>levonest (28)</i> | 90 | <i>lithium citrate</i> | 80 | LUMIGAN | 96 |
| <i>levonorgestrel</i> | 90 | <i>little remedies</i> | 87 | LUMIZYME..... | 139 |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> | 91 | LITTLE REMEDIES SALINE | | LUNSUMIO | 52 |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic</i> | 91 | MIST | 87 | LUPRON DEPOT | 52 |
| <i>levora-28</i> | 91 | LIVTENCITY | 6 | <i>lurasidone</i> | 80 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | |
|--|------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <i>lutra</i> (28)..... | 91 | MAGNESIUM SULFATE IN | MEGAVITE GOLDEN |
| L-VALINE | 206 | D5W | YEARS 55 PLUS |
| <i>lyleg</i> | 93 | <i>magnesium sulfate in water</i> | <i>megestrol</i> |
| <i>lyllana</i> | 93 | MAGOX..... | MEKINIST |
| LYNPARZA..... | 52 | MAGTAB..... | MEKTOVI..... |
| LYSINE HCL (BULK) | 206 | <i>malathion</i> | <i>meloxicam</i> |
| <i>lysiplax plus</i> | 232 | <i>mannitol 20 %</i> | <i>melphalan hcl</i> |
| LYSODREN..... | 52 | <i>mannitol 25 %</i> | <i>memantine</i> |
| LYTGOBI | 52 | <i>mapap (acetaminophen)</i> | MEN 50 PLUS ADVANCED |
| LYUMJEV KWIKPEN U-100 | | <i>mapap cold formula</i> | ONE DAILY |
| INSULIN..... | 143 | <i>maraviroc</i> | <i>men 50 plus multivitamin</i> |
| LYUMJEV KWIKPEN U-200 | | MAR-COF CG | MENACTRA (PF)..... |
| INSULIN..... | 143 | MARGENZA | M-END DMX..... |
| LYUMJEV U-100 INSULIN | | <i>marlissa</i> (28)..... | MENQUADFI (PF)..... |
| ..... | 143 | MARPLAN | MEN'S 50 PLUS DAILY |
| <i>lyza</i> | 93 | MATULANE..... | FORMULA..... |
| M | | <i>matzim la</i> | MEN'S 50 PLUS |
| MACULAR HEALTH | | MAVYRET | MULTIVITAMIN |
| FORMULA | 232 | MAXICHLOR PEH DM.... | MEN'S DAILY |
| <i>macuvite eye care</i> | 232 | MAXI-DEET | MEN'S DAILY FORMULA |
| <i>mag 64</i> | 191 | MAXIFED..... | ..... |
| MAG-AL..... | 28 | MAXIFED TR..... | MEN'S DAILY GUMMIES |
| <i>mag-al plus</i> | 28 | MAXIMIN PACK(WITH | ..... |
| <i>mag-al plus extra strength</i> | 28 | LYCOPENE)..... | MEN'S MULTIVITAMIN |
| MAG-DELAY..... | 191 | MAXIMUM D3 | GUMMIES |
| <i>mag-g</i> | 191 | <i>maxi-tuss ac</i> | MEN'S ONE DAILY .217, 223, |
| <i>magnesium</i> | 33 | MAXI-TUSS CD..... | 240, 242 |
| <i>magnesium chloride</i> | 191 | <i>maxi-tuss g</i> | MEN'S PACK..... |
| MAGNESIUM CHLORIDE | | <i>maxi-tuss gmx</i> | MENVEO A-C-Y-W-135-DIP |
| ..... | 191 | MAXI-TUSS JR..... | (PF)..... |
| MAGNESIUM CHLORIDE | | MAXI-TUSS PE..... | MEPSEVII..... |
| (BULK) | 191 | MAXI-TUSS PE JR | <i>mercaptopurine</i> |
| <i>magnesium citrate</i> | 26, 27, 33 | <i>maxi-tuss pe max</i> | MERIBIN |
| MAGNESIUM CITRATE . | 191 | <i>maxi-tuss tr</i> | <i>meropenem</i> |
| <i>magnesium gluconate</i> | 191 | <i>m-dryl</i> | <i>mesalamine</i> |
| MAGNESIUM GLUCONATE | | <i>meclizine</i> | <i>mesalamine with cleansing</i> |
| ..... | 191 | MEDI-LYTE | <i>wipe</i> |
| <i>magnesium hydroxide</i> | 29 | <i>medroxyprogesterone</i> | <i>mesna</i> |
| MAGNESIUM L-LACTATE | | <i>mefloquine</i> | MESNEX..... |
| ..... | 28 | MEGA BIOTIN..... | <i>metformin</i> |
| <i>magnesium oxide</i> .28, 189, 191, | | <i>mega multi for women</i> 229, 232 | <i>methadone</i> |
| 192, 196, 197 | | <i>mega multivitamin for men</i> 229, | <i>methadone intensol</i> |
| MAGNESIUM OXIDE..... | 28, | 232 | <i>methadose</i> |
| 189, 191, 192 | | MEGAVITE | <i>methazolamide</i> |
| <i>magnesium sulfate</i> | 192 | | <i>methenamine hippurate</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.

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|---|--|---|
| <i>methenamine mandelate</i>.....2 | <i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> ....91 | MOOD FOOD.....206 |
| <i>methimazole</i>.....137 | <i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....91 | MOOD FOOD ES .....206 |
| METHOCEL E 4 M.....97 | MICROLIFE PEAK FLOW | MORE-DOPHILUS .....206 |
| <i>methotrexate sodium</i> .....52 | METER .....178 | <i>morphine</i>.....61 |
| <i>methotrexate sodium (pf)</i>.....52 | MICROSOME BASE CREAM | <i>morphine (pf)</i> .....61 |
| <i>methoxsalen</i>.....133 |133 | <i>morphine concentrate</i>.....61 |
| <i>methsuximide</i>.....74 | MICROSPACER.....178 | <i>motion sickness</i>.....26, 33 |
| <i>methylcellulose 1500cps (bulk)</i> | <i>midodrine</i>.....118 | <i>motion sickness (meclizine)</i> ..26 |
|118 | MIEBO (PF).....98 | <i>motion sickness relief</i> .....30 |
| <i>methylcellulose 4000cps (bulk)</i> | <i>mifepristone</i> .....94, 139 | <i>motion sickness relief(mecliz)</i> |
|118 | <i>mili</i>.....91 |30 |
| METHYLCELLULOSE | <i>milk of magnesia</i>.....29, 31, 33 | <i>motion-time</i>.....30 |
| 4000CPS (BULK) .....118 | <i>milk of magnesia concentrated</i> | MOUNJARO .....143 |
| <i>methylergonovine</i> .....93 |29 | <i>moxifloxacin</i> .....12, 95 |
| <i>methylphenidate hcl</i>.....80 | <i>milrinone</i> .....14 | <i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> |
| <i>methylprednisolone</i> .....138 | <i>milrinone in 5 % dextrose</i> ....14 |12 |
| <i>methylprednisolone acetate</i> 138 | <i>mimvey</i>.....93 | <i>m-pap</i>.....69 |
| <i>methylprednisolone sodium</i> | <i>mineral oil</i> .....26, 29, 31 | MRESVIA (PF).....42 |
| <i>succ</i>.....138 | <i>minerin creme</i>.....133 | <i>mucinex</i>.....162 |
| <i>metoclopramide hcl</i>.....29 | MINERIN CREME .....133 | MUCINEX .....162 |
| <i>metolazone</i>.....18 | MINI WRIGHT PEAK FLOW | MUCINEX COLD,FLU,SORE |
| <i>metoprolol succinate</i> .....18 | METER .....178 | THROAT.....161 |
| <i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> | <i>minocycline</i>.....12 | MUCINEX COLD-FLU HBP |
|18 | <i>minoxidil</i>.....19 |161 |
| <i>metoprolol tartrate</i> .....18 | <i>mintox maximum strength</i> ....29 | <i>mucinex cough-chest congest</i> |
| <i>metro i.v.</i>.....4 | <i>mintox plus</i> .....29 | <i>hb</i> .....161 |
| <i>metronidazole</i> .....4, 93, 137 | <i>miostat</i> .....96 | <i>mucinex d</i>.....161 |
| <i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> 4 | <i>mirabegron</i> .....182 | <i>mucinex d maximum strength</i> |
| <i>metryrosine</i> .....19 | <i>mirtazapine</i>.....80 |161 |
| <i>mexiletine</i> .....13 | <i>misoprostol</i>.....39 | <i>mucinex dm</i> .....161, 162 |
| <i>mgo</i>.....192 | <i>mitomycin</i> .....52 | MUCINEX DM.....161 |
| <i>micafungin</i>.....2 | <i>mitoxantrone</i>.....53 | MUCINEX FAST-MAX |
| MICLARA DM.....161 | M-M-R II (PF).....42 | COLD-FLU .....162 |
| MICLARA LQ .....161 | <i>modafinil</i>.....80, 81 | MUCINEX FAST-MAX |
| <i>miconazole nitrate</i> ..93, 94, 124 | <i>moexipril</i>.....19 | COLD-FLU-THRT.....162 |
| MICONAZOLE NITRATE 93, | MOISTURIZING CREAM | MUCINEX FAST-MAX |
| 124 |130, 133 | COLD-NGHTSHFT .....162 |
| <i>miconazole-3</i> .....93, 94 | <i>molindone</i> .....81 | MUCINEX FAST-MAX |
| <i>miconazole-7</i> .....93, 94 | <i>mometasone</i> .....127, 171 | CONGEST-COUGH.....162 |
| <i>miconazorb af</i>.....124 | <i>mondoxyne nl</i>.....12 | MUCINEX FAST-MAX |
| MICROCHAMBER.....178 | MONJUVI.....53 | CONG-HA (DM).....162 |
| MICRODERM BASE | MONOCAPS.....232 | MUCINEX FAST-MAX |
| CREAM.....133 | MONOFERRIC.....233 | CONG-NGHTSHFT.....162 |
| <i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....91 | <i>mono-lynyah</i>.....91 | MUCINEX FAST-MAX |
| <i>microgestin 1/20 (21)</i> .....91 | <i>montelukast</i>.....172 | DAY-NT(DOXYL).....162 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|---|--|--|
| <i>mucinex fast-max dm max</i> .. 162 | <i>multiple vitamin-minerals</i> ...233 | MX-SOL BLEND .....102 |
| MUCINEX FAST-MAX DM | <i>multiple vitamins</i> .....233 | MX-SOL BLEND SF .....102 |
| NIGHTSHIFT 162 | MULTISTIX 10 SG 143 | MX-SOL SF .....118 |
| MUCINEX NIGHTSHFT | <i>multivit with min-folic acid</i> .221 | MX-SOL SUSPEND 102 |
| SEVR CLD-FLU..... 163 | MULTIVIT WITH MIN- | <i>my choice</i> .....91 |
| MUCINEX NIGHTSHIFT | FOLIC ACID.....233 | <i>my way</i> .....91 |
| COLD-FLU 163 | MULTIVIT,CALC,MIN-FA- | <i>mycophenolate mofetil</i> .....53 |
| MUCINEX NIGHTSHIFT | K1-LYCOP.....235 | <i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .53 |
| SINUS 163 | <i>multivitamin</i>.....233, 242 | <i>mycophenolate sodium</i> .....53 |
| <i>mucinex sinus-max</i> 87 | MULTIVITAMIN GUMMIES | MYFEMBREE .....94 |
| MUCINEX SINUS-MAX |233 | MYHIBBIN.....53 |
| CNG-PAIN(DM)..... 163 | <i>multivitamin with folic acid</i> 233 | MYLOTARG .....53 |
| MUCINEX SINUS-MAX | <i>multivitamin with iron</i> 233, 242 | MYRBETRIQ.....182 |
| CNG-PAIN(GG) 163 | <i>multivitamin with minerals</i> .233 | N |
| MUCINEX SINUS-MAX | <i>multivitamin women 50 plus</i> | <i>nabumetone</i>.....69 |
| DAY-NIGHT 163 |233 | <i>nadolol</i> .....19 |
| MUCINEX SINUS-MAX DY- | <i>multi-vitamins with iron</i> ....233 | <i>nafcellin</i>.....11 |
| NT (DXYL)..... 163 | MULTIVITAMIN-ZINC- | <i>nafcellin in dextrose iso-osm</i> .11 |
| MUCINEX SINUS-MAX | STRESS.....233 | <i>naftifine</i>.....124 |
| NIGHTSHIFT 163 | MULTI-VITE.....234 | NAGLAZYME.....139 |
| MUCINEX SINUS-MAX | MULTIVIT-MIN-FERROUS | <i>nalbuphine</i> .....69 |
| PRESSURE-CGH 163 | FUMARATE .....233 | <i>naloxone</i> .....69 |
| MUCINEX SINUS-MAX SEV | MULTIVIT-MIN-FERROUS | <i>naltrexone</i> .....69 |
| CONGESTN..... 163 | GLUCONATE.....233 | NAMZARIC.....86 |
| <i>mucus dm</i> 156, 163 | <i>multivit-min-iron fum-folic ac</i> | NANO VM 1-3 .....234 |
| <i>mucus dm max er</i> 156, 157, 163 |233 | NANO VM 4-8.....234 |
| <i>mucus relief</i> 163, 165 | <i>mupirocin</i>.....122 | NANOVM 9-18 .....234 |
| <i>mucus relief d (pseudoephed)</i> | MURO 128.....98 | NANOVM T-F .....234 |
| 156, 163 | MV-MIN-FOLIC ACID- | <i>naproxen</i> .....69 |
| <i>mucus relief dm</i> 165, 166 | LUTEIN.....233 | <i>naproxen sodium</i> 67, 68, 69, 70, |
| <i>mucus relief dm cough</i> 163 | MVW COMPLETE FORMUL | 71 |
| <i>mucus relief dm max</i> 163 | MULTIVIT.....234 | <i>naratriptan</i>.....84 |
| <i>mucus relief er</i> ... 156, 157, 158, | MVW COMPLETE FORMUL | NASADROPS .....88 |
| 163, 165, 167 | PEDIATRIC .....234 | <i>nasal decongestant (oxymetazl)</i> |
| MUCUS RELIEF ER 156, 163, | MVW COMPLETE |88 |
| 165 | FORMULATION D3000 | <i>nasal decongestant (pe)</i> .....156, |
| <i>mucus relief pe</i> 163, 166 |234 | 157, 158, 164, 167 |
| MUCUS-ER MAX..... 157 | MVW COMPLETE | <i>nasal decongestant</i> |
| MULTAQ..... 13 | FORMULATION D5000 | <i>(pseudoeph)</i> ...156, 158, 163, |
| <i>multi complete with iron</i>.....233 |234 | 164, 165, 167 |
| <i>multi for her</i>.....233 | MVW MODULATOR | <i>nasal four</i>.....87, 88 |
| MULTI FOR HER .....233 | FORMUL MULTIVIT...234 | NASAL FOUR .....87 |
| MULTI FOR HER 50 PLUS | MVW MODULATR FORM | <i>nasal mist</i>.....88 |
|233 | MINI MULTIVT .....234 | NASAL MIST .....87 |
| MULTI VITAMIN .....233 | MX-SOL..... 118 | <i>nasal moisturizing</i> .....87 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|---|--|---|
| <i>nasal spray (oxymetazoline)</i> 87, 88 | NEXPLANON.....94 | <i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> .....2 |
| <i>nasal spray (sodium chloride)</i> .....87 | <i>niacin</i> 14, 15, 16 | <i>nitroglycerin</i> .....16, 17, 30 |
| <i>nasal spray</i> | NIACIN 15 | <i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i> .....16 |
| <i>12hr(oxymetazoline)</i> .....88 | NIACIN (INOSITOL NIACINATE)..... 16 | NIVANEX DMX.....164 |
| <i>nasal spray extra moisturizing</i> .....88 | <i>niavasc</i>.....15 | NIVESTYM .....41 |
| <i>nasal spray sinus</i> .....88 | <i>niavasc 750</i>.....15 | <i>nizatidine</i> .....39 |
| NASCOBAL .....234 | <i>nicardipine</i>.....19 | <i>no drip</i> .....87, 88 |
| NASOGEL .....88 | NICODERM CQ .....104 | <i>nohist-dm</i> .....164 |
| <i>nateglinide</i>.....143 | NICOMIDE (SELENIUM-CHROMIUM) .....234 | <i>nohist-lq</i>.....164 |
| NATRAPEL .....133 | NICORETTE.....104, 105 | <i>non-aspirin pain relief</i>.....70 |
| <i>natura-lax</i> .....31 | <i>nicotinamide (with chromium)</i> .....234 | <i>nora-be</i> .....93 |
| NAYZILAM.....74 | <i>nicotine</i> .....104, 105, 106, 107 | NOREL AD .....164 |
| <i>nebivolol</i> .....19 | <i>nicotine (polacrilex)</i> ..103, 104, 105, 106, 107 | <i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> .....94 |
| <i>nefazodone</i>.....81 | NICOTINE (POLACRILEX) .....103, 104, 106, 107 | <i>norepinephrine bitartrate</i> ....14 |
| <i>nelarabine</i>.....53 | NICOTROL.....107 | <i>norethindrone (contraceptive)</i> .....93 |
| <i>neomycin</i>.....4 | NICOTROL NS.....107 | <i>norethindrone acetate</i>.....93 |
| <i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 95 | <i>nifedipine</i> .....19 | <i>norethindrone ac-eth estradiol</i> .....91, 93 |
| <i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> .....95 | NIFEREX (SUMALATE-QUATREFOLIC).....234 | <i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> .....91 |
| <i>neomycin-polymyxin b gu</i> ...120 | <i>night time cold and flu relief</i> .....164 | <i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .....91 |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>.....95 | NIGHT TIME COLD AND FLU RELIEF .....164 | <i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....91 |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .....95 | <i>nighttime cold-flu</i> .....158, 164 | <i>nortrel 1/35 (21)</i> .....91 |
| <i>neomycin-polymyxin-hc</i> ..89, 95 | NIGHTTIME COLD-FLU .164 | <i>nortrel 1/35 (28)</i> .....91 |
| <i>neo-polycin</i> .....95 | NIGHTTIME COLD-FLU RELIEF .....158, 164 | <i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....91 |
| <i>neo-polycin hc</i> .....95 | <i>nighttime cough</i> .....158, 164 | <i>nortriptyline</i>.....81 |
| NEOQ10.....102 | <i>nikki (28)</i>.....91 | NORVIR.....7 |
| NEO-SYNEPHRINE (PHENYLEPHRINE).....88 | <i>nilutamide</i>.....53 | NOVAFERRUM .....234, 235 |
| <i>nephlex rx</i> .....234 | <i>nimodipine</i> .....19 | NOVAFERRUM 50 .....235 |
| NEPHRO VITAMINS .....234 | NINJACOF-A .....164 | NOVAMV .....235 |
| NEPHRON FA .....234 | NINJACOF-XG.....164 | NUBEQA .....53 |
| <i>nephronex</i> .....234 | NINLARO .....53 | NUCALA .....172 |
| NEPHRO-VITE .....234 | <i>nitazoxanide</i>.....4 | NUDEXTA .....86 |
| NERLYNX.....53 | NITE TIME COLD-FLU ...167 | NU-IRON .....235 |
| NEUPRO .....59 | <i>nitisinone</i> .....118 | NULOJIX .....53 |
| NEUTROGENA HAND....133 | <i>nitro-bid</i>.....16 | <i>numbcream</i> .....133 |
| <i>nevirapine</i> .....7 | <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ...2 | NUPLAZID .....81 |
| <i>new day</i>.....91 | | NURTEC ODT .....84 |
| NEXLETOL .....14 | | <i>nyamyc</i> .....124 |
| NEXLIZET.....14 | | <i>nystatin</i> .....2, 124 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------|---|---------------|
| <i>nystatin-triamcinolone</i> | 124 | OMEGA-3 | 206 | <i>ondansetron</i> | 30 |
| <i>nystop</i> | 124 | <i>omega-3 acid ethyl esters</i> | 16 | <i>ondansetron hcl</i> | 30 |
| NYVEPRIA..... | 41 | <i>omega-3 fatty acids-fish oil</i> | 202, 203, 204, 206, 208 | <i>ondansetron hcl (pf)</i> | 30 |
| O | | OMEGA-3 FATTY ACIDS- FISH OIL..... | 203, 207, 208 | ONE A DAY MEN COMPLETE | 236 |
| OCALIVA..... | 30 | OMEGA-3 FISH OIL..... | 206, 207 | <i>one daily</i> | 236 |
| <i>octreotide acetate</i> | 53 | OMEGA-3S-DHA-EPA- ALGAL OIL..... | 208 | <i>one daily calcium/iron</i> | 236 |
| OCULAR VITAMINS..... | 235 | OMEGA-3S-DHA-EPA-FISH OIL | 202, 203, 204, 207 | <i>one daily complete</i> | 235 |
| <i>ocutabs</i> | 235 | OMEGAPURE 900-TG | 207 | <i>one daily essential</i> | 217, 235 |
| OCUVITE ADULT 50 PLUS | 235 | OMEGAPURE-600 EC..... | 207 | ONE DAILY ESSENTIAL | 235 |
| OCUVITE EYE HEALTH..... | 235 | OMEGAPURE-780 EC..... | 207 | <i>one daily for men</i> | 235 |
| OCUVITE EYE PLUS MULTI | 235 | OMEGAPURE-820..... | 207 | ONE DAILY FOR MEN.... | 235 |
| OCUVITE LUTEIN AND ZEAXANTHIN..... | 235 | OMEGAPURE-900 EC..... | 207 | <i>one daily for men 50 plus adv</i> | 235 |
| OCUVITE WITH LUTEIN..... | 235 | <i>omeprazole</i> | 38, 39, 40 | <i>one daily for women</i> | 235 |
| ODEFSEY | 7 | <i>omeprazole magnesium</i> | 38, 39, 40 | ONE DAILY HEALTHY WEIGHT | 235 |
| ODOMZO | 53 | OMERA..... | 207 | <i>one daily maximum</i> | 235, 240 |
| OFEV | 172 | <i>omnicap</i> | 235 | <i>one daily men's 50 plus</i> <i>memory</i> | 235 |
| OFF ACTIVE..... | 133 | OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)..... | 178 | ONE DAILY MEN'S 50 PLUS W-D3 | 223, 235, 240 |
| OFF DEEP WOODS..... | 133 | OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)..... | 178 | ONE DAILY MEN'S HEALTH | 217 |
| OFF DEEP WOODS DRY | 133 | OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) | 178 | <i>one daily multi-vit w-mineral</i> | 236 |
| OFF DEEP WOODS SPORTSMEN | 133 | OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)..... | 178 | <i>one daily multivitamin</i> | 236, 237 |
| OFF FAMILYCARE (WITH DEET) | 134 | OMNIPOD GO PODS | 178 | ONE DAILY MULTIVITAMIN | 236 |
| OFF FAMILYCARE(WITH PICARIDIN) | 134 | OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY | 178 | ONE DAILY MULTIVITAMIN-IRON | 237 |
| <i>ofloxacin</i> | 89, 95 | OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY | 178 | <i>one daily multivit-iron(folic)</i> | 236 |
| OGSIVEO | 53 | OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY | 178 | <i>one daily plus minerals</i> | 236 |
| OJEMDA..... | 53, 54 | OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY | 178 | <i>one daily women 50 plus</i> | 235 |
| OJJAARA..... | 54 | OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY | 178 | ONE DAILY WOMEN 50 PLUS | 236 |
| <i>olanzapine</i> | 81 | OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY | 178 | ONE DAILY WOMEN 50 PLUS(VIT K) | 217, 224, 230 |
| <i>olmesartan</i> | 19 | OMNITROPE..... | 41 | ONE DAILY WOMEN'S | 217, 236 |
| <i>olmesartan-amlodipin- hcthiamid</i> | 19 | ONCASPAR..... | 54 | <i>one daily womens 50 plus</i> ... | 236 |
| <i>olmesartan- hydrochlorothiazide</i> | 19 | ONCOVITE..... | 235 | ONE DAILY WOMEN'S METABOLISM..... | 236 |
| <i>omega 3-dha-epa-fish oil</i> | 16, 202, 203, 204, 206, 207, 208 | | | | |
| OMEGA 3-DHA-EPA-FISH OIL | 202, 203, 204, 206, 207 | | | | |
| OMEGA MONOPURE..... | 206 | | | | |
| OMEGA MONOPURE DHA EC..... | 206 | | | | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| ONE-A-DAY ENERGY 236 | ONE-PER-DAY OMEGA-3 | ORENCIA 146, 147 |
| <i>one-a-day essential</i> 236 | 206 | ORENCIA (WITH |
| ONE-A-DAY KID'S 236 | ONEVITE DAILY | MALTOSE)..... 146 |
| ONE-A-DAY MEN | MULTIVITAMIN 237 | ORENCIA CLICKJECT 146 |
| VITACRAVES..... 236 | ON-GO COVID-19 AG AT | ORGOVYX 54 |
| ONE-A-DAY MENOPAUSE | HOME TEST..... 178 | ORKAMBI 172 |
| FORMULA 236 | ONIVYDE..... 54 | ORSERDU 54 |
| ONE-A-DAY MEN'S 50 | ONUREG 54 | OS-CAL 500 + D3..... 192 |
| PLUS 236 | <i>opcicon one-step</i> 91 | <i>oseltamivir</i> 7 |
| ONE-A-DAY MEN'S | OPDIVO..... 54 | <i>osmitrol 20 %</i> 19 |
| 50PLUS(GINKGO)..... 236 | OPDUALAG 54 | OSTEOPRIME PLUS CALC- |
| ONE-A-DAY MEN'S | <i>opium tincture</i> 37 | MAGNESIUM 238 |
| COMPLETE..... 236 | OPSUMIT 172 | OSTEO-VIT3 238 |
| ONE-A-DAY MEN'S | OPSYNVI..... 172 | OTEZLA..... 147 |
| MULTIVITAMIN..... 236 | OPTICHAMBER DIAMOND | OTEZLA STARTER..... 147 |
| ONE-A-DAY PROACTIVE | LG MASK 178 | OVEGA-3..... 207 |
| 65 PLUS 236 | OPTICHAMBER DIAMOND | OVIDREL..... 139 |
| <i>one-a-day teen advantage</i> .. 237 | VHC..... 178 | <i>oxacillin</i> 11 |
| ONE-A-DAY TEEN HER | OPTICHAMBER DIAMOND- | <i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i> |
| VITACRAVES..... 237 | MED MSK 178 | 11 |
| ONE-A-DAY TEEN HIM | OPTICHAMBER DIAMOND- | <i>oxaliplatin</i> 54 |
| VITACRAVES..... 237 | SML MASK 178 | <i>oxaprozin</i> 70 |
| ONE-A-DAY VITACRAVES | <i>optimal d3</i> 237 | <i>oxcarbazepine</i> 74 |
| 237 | OPTIMAL D3 M..... 237 | OXERVATE..... 98 |
| ONE-A-DAY VITACRAVES | <i>option-2</i> 91 | <i>oxybutynin chloride</i> 182 |
| IMMUNITY 237 | OPURITY MULTIVITAMIN | <i>oxycodone</i> 61 |
| ONE-A-DAY VITACRAVES | 237 | <i>oxycodone-acetaminophen</i> ... 62 |
| OMEGA-3 237 | ORA-BLEND..... 102 | OXYCONTIN 62 |
| ONE-A-DAY | ORA-BLEND SF 118 | OXYTROL FOR WOMEN 182 |
| WEIGHTSMART 237 | ORACIT 181 | <i>oysco 500/d</i> 192 |
| ONE-A-DAY WOMEN | ORAL MIX 118 | <i>oyster shell calcium</i> 196 |
| VITACRAVES..... 237 | ORAL MIX SF..... 102 | <i>oyster shell calcium 500</i> 193 |
| ONE-A-DAY WOMEN'S 50 | ORAL SUSPEND 118 | <i>oyster shell calcium-vit d3</i> . 192, |
| PLUS 237 | ORAL SYRUP 118 | 193 |
| ONE-A-DAY WOMEN'S | ORAL SYRUP SF..... 118 | OYSTER SHELL CALCIUM- |
| ACTIVE 237 | <i>oralone</i> 88 | VIT D3..... 192 |
| ONE-A-DAY WOMEN'S | <i>oralyte</i> 192 | OZEMPIC..... 143 |
| COMPLETE..... 237 | ORAPENN SD SWEETENED | OZURDEX 96 |
| ONE-A-DAY WOMEN'S | 118 | P |
| HEALTHY SKIN..... 237 | ORAPENN SD | <i>pacerone</i> 13 |
| ONE-A-DAY WOMEN'S | UNSWEETENED 118 | <i>paclitaxel</i> 54 |
| PETITES 237 | ORA-PLUS 102 | PADCEV 54 |
| ONE-DAILY MULTI 237 | <i>ora-sweet</i> 118 | <i>pain relief (acetaminophen)</i> 67, |
| <i>onelax senna</i> 30 | ORA-SWEET SF 118 | 68, 70, 71 |
| | ORAZINC 192 | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|---|---|---|
| <i>pain relief es (acetaminophen)</i> 67, 70 | <i>pediatric electrolyte</i> ... 189, 190, 193, 194, 195, 196, 197 | <i>pfizerpen-g</i> 11 |
| <i>pain reliever (acetaminophen)</i> 71 | PEDIATRIC | <i>pharbedryl</i> 164 |
| <i>pain reliever es(acetaminophn)</i> 67, 71 | MULTIVITAMIN NO.171 238 | <i>pharbetol</i> 70 |
| <i>paliperidone</i> 81 | PEDIATRIC PANDA MASK 179 | PHARMABASE..... 134 |
| <i>palonosetron</i> 30 | PEDIATRIC POLY-VITE .238 | PHARMABASE COSMETIC 134 |
| <i>pamidronate</i> 139 | PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON..... 238 | PHARMABASE LIGHT ... 134 |
| PANDA MASK..... 178, 179 | PEDIATRIC TRI-VITE 238 | PHARMABASE NATURAL 134 |
| PANRETIN 134 | PEDIAVANCE 195 | PHARMABASE VAGINAL 134 |
| <i>pantoprazole</i> 39, 40 | PEDVAX HIB (PF)..... 42 | PHAZYME..... 30 |
| <i>paraplatin</i> 54 | <i>peg 3350-electrolytes</i> 30 | <i>phenelzine</i> 81 |
| <i>paricalcitol</i> 139 | PEGASYS 41 | <i>phenobarbital</i> 74 |
| <i>paroxetine hcl</i> 81 | PEGBLEND 118 | <i>phenobarbital sodium</i> 74 |
| PARVLEX 238 | <i>peg-electrolyte</i> 30 | <i>phentolamine</i> 19 |
| PAXLOVID 7 | PEMAZYRE 54 | <i>phenylephrine hcl</i> 164 |
| <i>pazopanib</i> 54 | <i>pemetrexed disodium</i> 54 | PHENYLEPHRINE-DM- GUAIFENESIN..... 155 |
| PCCA EMOLLIENT BASE 134 | PEN NEEDLES (NON- PREFERRED BRANDS) 179 | <i>phenytoin</i> 74 |
| PCCA SUSPENDIT ANHYDROUS..... 102 | PENBRAYA (PF) 42 | <i>phenytoin sodium</i> 74 |
| PEAK AIR PEAK FLOW METER 179 | <i>penciclovir</i> 125 | <i>phenytoin sodium extended</i> ... 74 |
| PEDI MULTIVIT NO.194- IRON SULF 238 | <i>penicillamine</i> 147 | <i>philith</i> 91 |
| <i>pedia d-vite</i> 238 | PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 11 | <i>phlexy-vits</i> 238 |
| <i>pedia iron</i> 238 | <i>penicillin g potassium</i> 11 | <i>phos-nak</i> 195 |
| PEDIA POLY-VITE 238 | <i>penicillin g sodium</i> 11 | <i>phosphorous supplement</i> 195 |
| PEDIA POLY-VITE WITH IRON 238 | <i>penicillin v potassium</i> 11 | PHYTOBASE..... 134 |
| PEDIA TRI-VITE 238 | PENTACEL (PF) 42 | PHYTOMULTI 238 |
| PEDIACLEAR PD 164 | <i>pentamidine</i> 4 | <i>phytonadione (vitamin k1)</i> 22 |
| PEDIA-LAX..... 25 | <i>pentobarbital sodium</i> 81 | PIFELTRO 7 |
| PEDIA-LAX STOOL SOFTENER..... 25 | <i>pentoxifylline</i> 22 | PIKO 1 179 |
| <i>pedialyte</i> 194 | <i>pentravan</i> 134 | <i>pilocarpine hcl</i> 98, 118 |
| PEDIALYTE..... 194 | PENTRAVAN PLUS 134 | PILOT COVID-19 AT-HOME TEST..... 179 |
| PEDIALYTE ADVANCED CARE 193 | <i>perindopril erbumine</i> 19 | <i>pimecrolimus</i> 134 |
| <i>pedialyte freezer pops</i> 194 | <i>periogard</i> 88 | <i>pimozide</i> 81 |
| <i>pedialyte singles</i> 193, 194 | PERJETA 54 | <i>pimtrea (28)</i> 91 |
| PEDIARIX (PF) 42 | <i>permethrin</i> 128 | <i>pinaway</i> 4 |
| <i>pediatric d-vite</i> 238 | <i>perphenazine</i> 81 | <i>pindolol</i> 19 |
| | PERSONAL BEST FULL RANGE 179 | <i>pink bismuth</i> 36, 37 |
| | <i>petrolatum</i> 134 | <i>pinworm treatment</i> 3, 4 |
| | PFCB 134 | <i>pioglitazone</i> 143 |
| | | <i>piperacillin-tazobactam</i> 11 |
| | | PIQRAY 55 |
| | | <i>pirfenidone</i> 172 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------|--------------------------------------|----------|------------------------------------|--------|
| <i>piroxicam</i> | 70 | <i>potassium chloride in</i> | | PRESERVISION AREDS-2 | |
| <i>pitavastatin calcium</i> | 16 | <i>0.9%nacl</i> | 195 | ..... | 239 |
| PLAN B ONE-STEP | 92 | <i>potassium chloride in 5 % dex</i> | | PRESERVISION LUTEIN | 239 |
| PLEGRIDY | 41 | ..... | 195 | PRETTY FEET HANDS.... | 134 |
| PLENAMINE..... | 207 | <i>potassium chloride in lr-d5</i> | 195 | PREVACID 24HR..... | 40 |
| <i>plerixafor</i> | 41 | <i>potassium chloride in water</i> | 195 | <i>prevalite</i> | 16 |
| POCKET CHAMBER | 179 | <i>potassium chloride-0.45 %</i> | | PREVENT | 239 |
| POCKET PEAK FLOW | | <i>nacl</i> | 196 | PREVYMIS | 7 |
| METER | 179 | <i>potassium chloride-d5-</i> | | PREZCOBIX..... | 7 |
| <i>podofilox</i> | 134 | <i>0.2%nacl</i> | 196 | PREZISTA | 7 |
| POLIVY | 55 | <i>potassium chloride-d5-</i> | | PRIFTIN | 4 |
| <i>polocaine</i> | 134 | <i>0.9%nacl</i> | 196 | PRIMADOPHILUS | |
| <i>polocaine-mpf</i> | 134 | <i>potassium citrate</i> | 181 | ORIGINAL..... | 37 |
| POLY BACITRACIN (ZINC) | | <i>potassium iodide</i> | 137 | PRIMAQUINE | 4 |
| ..... | 122 | <i>potassium phosphate m-/d-</i> | | <i>primidone</i> | 75 |
| <i>polycin</i> | 95 | <i>basic</i> | 196 | PRIMIDONE..... | 75 |
| <i>polyethylene glycol 1000(bulk)</i> | | <i>potassium, sodium phosphates</i> | | PRIORIX (PF)..... | 43 |
| ..... | 118 | ..... | 195, 198 | PRIVIGEN | 43 |
| <i>polyethylene glycol 3350</i> | 30 | POTELIGEO | 55 | PRO COMFORT SPACER- | |
| POLYETHYLENE GLYCOL | | <i>povidone-iodine</i> | 122 | ADULT MASK | 179 |
| 3350(BULK) | 118 | PRALATREXATE..... | 55 | PRO COMFORT SPACER- | |
| POLYETHYLENE GLYCOL | | <i>pramipexole</i> | 59 | CHILD MASK | 179 |
| 8000(BULK) | 118 | <i>prasugrel</i> | 22 | PRO COMFORT SPACER- | |
| <i>poly-iron</i> | 238 | <i>pravastatin</i> | 16 | INFANT MASK | 179 |
| <i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> | | <i>praziquantel</i> | 4 | PRO FE..... | 239 |
| ..... | 95 | <i>prazosin</i> | 19 | <i>probenecid</i> | 148 |
| <i>polysaccharide iron complex</i> | | PRECISION XTRA B- | | <i>probenecid-colchicine</i> | 148 |
| ..... | 238 | KETONE | 179 | <i>probiotic</i> | 207 |
| POLY-VI-FLOR DROPS .. | 238 | <i>prednicarbate</i> | 127 | PROBIOTIC | 37 |
| <i>poly-vi-sol</i> | 238 | <i>prednisolone</i> | 138 | PROBIOTIC ACIDOPHILUS | |
| POLY-VI-SOL | 238 | <i>prednisolone acetate</i> | 96 | ..... | 207 |
| POLY-VI-SOL WITH IRON | | <i>prednisolone sodium</i> | | PROBIOTIC ACIDOPHILUS- | |
| ..... | 238 | <i>phosphate</i> | 96, 138 | PECTIN | 36, 37 |
| POLY-VITA DROPS..... | 238 | <i>prednisone</i> | 138 | PROBIOTIC | |
| POLY-VITA WITH IRON | 239 | <i>prednisone intensol</i> | 138 | DIGEST(L.RHAM,INULN) | |
| POMALYST | 55 | <i>pregabalin</i> | 75 | ..... | 36 |
| <i>portia 28</i> | 92 | PREHEVBRIO (PF)..... | 42 | PROBIOTIC GOLD | |
| PORTRAZZA | 55 | PREMARIN | 93 | ACIDOPHILUS | 207 |
| <i>posaconazole</i> | 2 | <i>premasol 10 %</i> | 207 | <i>procainamide</i> | 13 |
| <i>potassium acetate</i> | 195 | PREMPHASE | 93 | PRO-CAL | 239 |
| POTASSIUM BROMIDE | | PREMPRO | 93 | PROCARE SPACER WITH | |
| (BULK) | 195 | <i>prenatal vitamin oral tablet</i> | 239 | ADULT MASK | 179 |
| <i>potassium chlorid-d5-</i> | | PRESERVISION AREDS.. | 239 | PROCARE SPACER WITH | |
| <i>0.45%nacl</i> | 195 | PRESERVISION AREDS 2 | | CHILD MASK | 179 |
| <i>potassium chloride</i> | 195, 196 | PLUS MV..... | 239 | PROCERV HP..... | 239 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---|-----|--|------------|---------------------------|-----|
| <i>prochlorperazine</i> | 30 | <i>pyrazinamide</i> | 4 | REFRESH CELLUVISC..... | 98 |
| <i>prochlorperazine edisylate</i> ... | 30 | <i>pyridostigmine bromide</i> | 84 | REFRESH CLASSIC (PF)... | 98 |
| <i>prochlorperazine maleate oral</i> | | PYRIDOXINE (BULK)..... | 239 | REFRESH DIGITAL | 98 |
| ..... | 31 | <i>pyridoxine (vitamin b6)</i> | 218, | REFRESH DIGITAL PF | 98 |
| PROCRIT | 41 | 239, 243, 244, 248, 249 | | REFRESH LACRI-LUBE.... | 98 |
| <i>procto-med hc</i> | 31 | <i>pyrimethamine</i> | 4 | REFRESH LIQUIGEL..... | 98 |
| <i>proctosol hc</i> | 31 | Q | | REFRESH OPTIVE | 98 |
| <i>proctozone-hc</i> | 31 | QINLOCK | 55 | REFRESH OPTIVE | |
| <i>progesterone</i> | 93 | <i>q-sorb co q-10</i> | 102, 103 | ADVANCED..... | 98 |
| <i>progesterone micronized</i> | 93 | QUADRACEL (PF) | 43 | REFRESH OPTIVE | |
| PROGRAF | 55 | <i>quetiapine</i> | 81 | ADVANCED (PF)..... | 98 |
| PROLASTIN-C..... | 118 | QUFLORA FE | 240 | REFRESH OPTIVE MEGA-3 | |
| PROLIA | 148 | QUICKVUE AT-HOME | | (PF)..... | 98 |
| PROMACTA..... | 22 | COVID-19 TEST | 179 | REFRESH OPTIVE | |
| <i>promethazine</i> | 164 | QUIN B STRONG | 240 | SENSITIVE (PF)..... | 98 |
| <i>promethazine vc</i> | 164 | <i>quinapril</i> | 19 | REFRESH PLUS..... | 98 |
| <i>promethazine-codeine</i> | 164 | <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> | | REFRESH RELIEVA | 99 |
| <i>promethazine-dm</i> | 164 | ..... | 19 | REFRESH RELIEVA PF | 99 |
| <i>propafenone</i> | 13 | <i>quinidine sulfate</i> | 13 | REFRESH TEARS..... | 99 |
| <i>propranolol</i> | 19 | <i>quinine sulfate</i> | 4 | REGANEX | 135 |
| PROPYLENE GLYCOL | | QUINTABS..... | 240 | RELENZA DISKHALER | 7 |
| (BULK) | 134 | QUINTABS-M..... | 240 | RELEUKO | 41 |
| <i>propylthiouracil</i> | 137 | <i>quintabs-m iron free</i> | 240 | RELISTOR | 31 |
| PROQUAD (PF) | 43 | QULIPTA..... | 84 | REMICADE | 31 |
| PRORENAL..... | 239 | QVAR REDIHALER..... | 172 | RENACIDIN | 181 |
| PRORENAL QD | 239 | R | | <i>renal caps</i> | 241 |
| <i>prosght</i> | 239 | RABAVERT (PF) | 43 | RENAL VITAMIN | 241 |
| <i>protamine</i> | 22 | RADICAVA ORS | 86 | RENAPLEX | 241 |
| PROTECT CARDIO AF.... | 239 | RADICAVA ORS STARTER | | RENAPLEX-D..... | 241 |
| PROTECT IRON LIQUID. | 239 | KIT SUSP..... | 86 | <i>rena-vite</i> | 241 |
| PROTECT PLUS SO | 239 | <i>raloxifene</i> | 148 | <i>rena-vite rx</i> | 241 |
| <i>protriptyline</i> | 81 | <i>ramelteon</i> | 81 | <i>reno caps</i> | 241 |
| PROXEED PLUS..... | 239 | <i>ramipril</i> | 19 | <i>repaglinide</i> | 143 |
| <i>pseudoephedrine hcl</i> ... 164, 165 | | RANGER READY | | REPATHA..... | 16 |
| <i>pseudoephedrine-guaifenesin</i> | | REPELLENT..... | 135 | REPATHA PUSHTRONEX | 16 |
| ..... | 159 | <i>ranolazine</i> | 14 | REPATHA SURECLICK | 16 |
| PULMICORT FLEXHALER | | RAPID SARS-COV-2 AG | | REPEL | 135 |
| ..... | 172 | HOME TEST..... | 180 | REPEL 100..... | 135 |
| PULMOZYME..... | 172 | <i>rasagiline</i> | 59 | REPEL FAMILY..... | 135 |
| PURE COMFORT SPACER- | | <i>ready-to-use enema</i> ..25, 28, 33 | | REPEL HUNTER'S..... | 135 |
| ADULT MASK..... | 179 | READY-TO-USE ENEMA | | REPEL LEMON | |
| PURE L-CITRULLINE | 207 | (MIN OIL)..... | 28, 31, 33 | EUCALYPTUS | 135 |
| PURECOMFORT PEAK | | <i>reclipsen (28)</i> | 92 | REPEL SPORTSMEN | 135 |
| FLOW METER..... | 179 | RECOMBIVAX HB (PF) | 43 | REPEL SPORTSMEN DRY | |
| PURIXAN..... | 55 | <i>reese's pinworm medicine</i> | 4 | ..... | 135 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|--|------------|------------------------------------|------------|---|---------------|
| REPEL SPORTSMEN MAX | 135 | <i>roweepra</i> | 75 | <i>sebex</i> | 121 |
| REPEL TICK DEFENSE... <i>replesta</i> | 135 241 | ROZLYTREK | 55 | SECUADO | 82 |
| REPLESTA NX | 241 | RUBRACA..... | 55 | SEGLUROMET | 144 |
| RETACRIT | 41 | <i>rufinamide</i> | 75 | <i>selegiline hcl</i> | 59 |
| RETEVMO..... | 55 | RU-HIST D | 165 | <i>selenium sulfide</i> | 125 |
| RETROVIR..... | 7 | RUKOBIA..... | 7 | SELZENTRY | 7 |
| REVLIMID | 55 | RUXIENCE..... | 55 | <i>senexon-s</i> | 31 |
| <i>revonto</i> | 84 | RYBELSUS..... | 143 | <i>senior tabs</i> | 241 |
| REXULTI..... | 81 | RYBREVANT..... | 56 | <i>senna</i> | 32 |
| REYATAZ | 7 | RYDAPT | 56 | SENNA..... | 32 |
| REZDIFFRA | 119 | <i>rydex</i> | 165 | <i>senna lax</i> | 27, 32 |
| REZLIDHIA..... | 55 | RYLAZE | 56 | <i>senna laxative</i> | 26, 32, 33 |
| REZUROCK | 55 | RYMED | | <i>senna plus</i> | 27, 32 |
| RHOPRESSA..... | 96 | (DEXCHLORPHENIRAMI | | SENNA PLUS..... | 32 |
| <i>ribavirin</i> | 7 | NE-PE) | 165 | <i>senna-s</i> | 26, 32 |
| RIDAURA..... | 147 | <i>rynex dm</i> | 165 | <i>senna-time s</i> | 32 |
| <i>rifabutin</i> | 4 | <i>rynex pe</i> | 165 | <i>sennosides</i> | 31, 32 |
| <i>rifampin</i> | 4 | <i>rynex pse</i> | 165 | <i>sennosides-docusate sodium</i> | 32 |
| <i>riluzole</i> | 119 | RYTELO | 56 | SEKOKOT | 32 |
| <i>rimantadine</i> | 7 | S | | SEKOKOT EXTRA | |
| <i>ringer's</i> | 120, 196 | <i>sajazir</i> | 173 | STRENGTH | 32 |
| RINVOQ | 147 | SALICYLIC ACID (BULK) | | SEKOKOT-S..... | 32 |
| RINVOQ LQ..... | 147 | ..... | 121 | <i>senry</i> | 241 |
| <i>risacal-d</i> | 241 | <i>saline mist</i> | 88 | <i>senry senior</i> | 241 |
| <i>risedronate</i> | 119, 148 | <i>saline nasal</i> | 87, 88, 89 | <i>sertraline</i> | 82 |
| <i>risperidone</i> | 82 | SALINE NASAL (ALOE | | <i>sesame oil</i> | 119 |
| <i>risperidone microspheres</i> | 81, 82 | VERA)..... | 88 | <i>se-tan plus</i> | 242 |
| RITEFLO AEROCHAMBER | | <i>saline nasal mist</i> | 87 | <i>setlakin</i> | 92 |
| ..... | 180 | <i>saline nose</i> | 88 | SEVERE COLD AND FLU | |
| <i>ritonavir</i> | 7 | SALMON OIL-OMEGA-3 | | (PE)..... | 156, 158, 166 |
| <i>rivastigmine</i> | 86 | FATTY ACIDS | 208 | SEVERE COLD AND FLU | |
| <i>rivastigmine tartrate</i> | 86 | <i>salsalate</i> | 70 | NIGHTTIME..... | 156, 158 |
| <i>rizatriptan</i> | 84 | SANCUSO | 31 | SEVERE SINUS | 157, 167 |
| <i>robafen cf (phenylephrine)</i> | 165 | SANDOSTATIN LAR | | <i>sf</i> 88 | |
| <i>robafen dm</i> | 165 | DEPOT | 56 | <i>sf 5000 plus</i> | 88 |
| ROCKLATAN | 96 | SANTYL | 135 | <i>sharobel</i> | 93 |
| <i>roflumilast</i> | 173 | <i>sapropterin</i> | 139 | SHINGRIX (PF)..... | 43 |
| <i>romidepsin</i> | 55 | SARCLISA..... | 56 | SIGNIFOR..... | 56 |
| <i>ropinirole</i> | 59 | SAVELLA..... | 147 | <i>sildenafil (pulmonary arterial</i> | |
| <i>rosuvastatin</i> | 16 | SAWYER CONTROLLED | | <i>hypertension)</i> | 173 |
| ROTARIX..... | 43 | RELEASE | 135 | <i>silver sulfadiazine</i> | 135 |
| ROTATEQ VACCINE | 43 | <i>saxagliptin</i> | 143 | SIMBRINZA | 96 |
| | | <i>saxagliptin-metformin</i> | 144 | <i>simethicone</i> | 32 |
| | | SCSEMBLIX..... | 56 | SIMULECT | 56 |
| | | <i>scopolamine base</i> | 31 | <i>simvastatin</i> | 16 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---|----------|---|-----|---|----------|
| SINUS CONGESTION AND PAIN..... | 166 | <i>sodium ferric gluconat-sucrose</i> | 119 | SPECTRAVITE ADULT 50 PLUS(LUT)..... | 218 |
| SINUS CONGESTION-PAIN(GUAIF)..... | 166 | <i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i> | 89 | <i>spectravite advanced formula</i> | 218 |
| SINUS HEADACHE PE... 157, 166 | | <i>sodium fluoride 5000 plus</i> | 89 | <i>spectravite men 50 plus</i> | 218 |
| <i>sinus nasal spray</i> | 87 | <i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ...89 | | <i>spectravite men's</i> | 218 |
| SINUS PAIN-PRESSURE (PE)..... | 157, 166 | <i>sodium nitroprusside</i> | 14 | <i>spectravite women</i> | 218 |
| SINUS RELIEF (PHENYLEPHRINE)..... | 88 | SODIUM OXYBATE (PREFERRED NDCS STARTING WITH 00054) | 82 | <i>spectravite women 50 plus</i> ..218 | |
| <i>sirolimus</i> | 56 | <i>sodium phenylbutyrate</i> | 119 | SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST | 180 |
| SIRTURO | 4 | <i>sodium phosphate</i> | 198 | SPIRIVA RESPIMAT..... | 173 |
| SKYRIZI | 32, 125 | <i>sodium polystyrene sulfonate</i> | 119 | <i>spironolactone</i> | 19 |
| <i>slo-niacin</i> | 16 | ..... | 119 | <i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> | 19 |
| SLO-NIACIN | 16 | <i>sodium,potassium,mag sulfates</i> | 34 | SPRAVATO | 82 |
| SLOW FE | 242 | ..... | 34 | <i>sprintec (28)</i> | 92 |
| <i>slow release iron</i> 218, 223, 224, 230, 242, 243 | | SOFOSBUVIR-VELPATASVIR..... | 7 | SPRITAM..... | 75 |
| SLOW RELEASE IRON ..218, 240, 242, 243, 244 | | <i>solifenacin</i> | 182 | SPRYCEL..... | 56 |
| SLOW-MAG..... | 196 | SOLQUA 100/33 | 144 | <i>sps (with sorbitol)</i> | 120 |
| <i>smart heart omega-3</i> | 208 | SOLO..... | 243 | <i>sronyx</i> | 92 |
| <i>smooth antacid</i> | 197 | SOLTAMOX..... | 56 | <i>ssd</i> | 135 |
| <i>sodium acetate</i> | 197 | SOMATULINE DEPOT | 56 | <i>st joseph aspirin</i> | 71 |
| SODIUM BENZOATE (BULK) | 89 | SOMAVERT | 139 | STAHIST AD | 167 |
| <i>sodium benzoate-sod phenylacet</i> | 119 | <i>soothing pureway-c</i> | 243 | STEGLATRO | 144 |
| <i>sodium bicarbonate</i> | 33, 197 | SOOTHING SALINE-ALOE | 89 | STELARA | 125 |
| SODIUM BICARBONATE (BULK) | 33, 34 | <i>sorafenib</i> | 56 | <i>stimulant laxative plus</i> | 34 |
| SODIUM BROMIDE (BULK) | 119 | <i>sorbiton hydrate</i> | 135 | STIOLTO RESPIMAT | 173 |
| <i>sodium chloride</i>....99, 119, 197 | | <i>sorbitol</i> | 120 | STIVARGA..... | 56 |
| SODIUM CHLORIDE..... | 197 | SOSWEET SYRUP VEHICLE | 120 | <i>stomach relief</i> | 36, 37 |
| SODIUM CHLORIDE (BULK) | 197, 198 | <i>sotalol</i> | 13 | <i>stool softener</i> 26, 27, 31, 33, 34 | |
| <i>sodium chloride 0.45 %</i> | 197 | <i>sotalol af</i> | 13 | <i>stool softener (docusate cal)</i> .27 | |
| <i>sodium chloride 0.9 %</i> | 119 | SOTYKTU | 125 | <i>stool softener-laxative</i> ....31, 33 | |
| <i>sodium chloride 3 % hypertonic</i> | 197 | SPACE CHAMBER..... | 176 | <i>stool softener-stimulant laxat</i> | |
| <i>sodium chloride 5 % hypertonic</i> | 197 | SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK | 176 |26, 27, 28, 34 | |
| <i>sodium citrate-citric acid</i> ... | 181 | SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK..... | 176 | STOOL SOFTENER-STIMULANT LAXAT ....34 | |
| | | SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK..... | 176 | STRENSIQ | 139 |
| | | <i>spectravite adult</i> | 218 | STREPTOMYCIN | 4 |
| | | <i>spectravite adult 50 plus</i> | 218 | <i>stress b with zinc</i> | 244 |
| | | | | STRESS B-COMPLEX..... | 224, 244 |
| | | | | <i>stress formula</i> | 244 |
| | | | | <i>stress formula with iron(sulf)</i> | 244 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------|--------------------------------------|----------|--|--------|
| <i>stress formula with zinc</i> | 218, | SYRPALTA VEHICLE | 120 | TECVAYLI | 57 |
| 244 | | SYRSPEND SF | 103 | TEFLARO | 9 |
| STRIBILD | 7 | SYRSPEND SF ALKA | 103 | <i>telmisartan</i> | 19 |
| STRIVERDI RESPIMAT .. | 173 | SYRSPEND SF LIQUID ... | 103 | <i>telmisartan-amlodipine</i> | 19 |
| STROVITE ONE | 244 | SYSTANE (PF)..... | 99 | <i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> | |
| STUDIO 35 MOISTURIZING | | SYSTANE (PROPYLENE |  | ..... | 19 |
| SKIN..... | 135 | GLYCOL) | 99 | TEMODAR | 57 |
| <i>subvenite</i> | 75 | SYSTANE BALANCE | 99 | <i>temsirolimus</i> | 57 |
| SUCRAID | 34 | SYSTANE COMPLETE..... | 99 | TENDER CARE LANOLIN | |
| <i>sucralfate</i> | 40 | SYSTANE COMPLETE PF | 99 | ..... | 135 |
| <i>sudogest</i> | 167 | SYSTANE GEL | 99 | TENIVAC (PF) | 43 |
| <i>sudogest cold and allergy</i> ... | 167 | SYSTANE HYDRATION | | <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> . | 8 |
| <i>sulfacetamide sodium</i> | 99 | (PF)..... | 99 | TEPMETKO | 57 |
| <i>sulfacetamide sodium (acne)</i> | | SYSTANE NIGHTTIME..... | 99 | <i>terazosin</i> | 19 |
| ..... | 122 | SYSTANE ULTRA..... | 99, 100 | <i>terbinafine hcl</i> | 2, 124 |
| <i>sulfacetamide-prednisolone</i> . | 99 | SYSTANE ULTRA (PF).... | 100 | <i>terbutaline</i> | 173 |
| <i>sulfadiazine</i> | 12 | T | | <i>terconazole</i> | 94 |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> | | <i>tab-a-vite</i> | 245 | <i>teriflunomide</i> | 86 |
| ..... | 12 | TAB-A-VITE | | TERIPARATIDE | 148 |
| <i>sulfasalazine</i> | 34 | MULTIVITAMIN W-IRON | | <i>testosterone</i> | 140 |
| <i>sulindac</i> | 71 | ..... | 245 | <i>testosterone cypionate</i> | 140 |
| <i>sumatriptan</i> | 84 | TABRECTA..... | 56 | <i>testosterone enanthate</i> | 140 |
| <i>sumatriptan succinate</i> | 84, 85 | <i>tacrolimus</i> | 56, 135 | TETANUS,DIPHThERIA | |
| <i>sunitinib malate</i> | 56 | <i>tadalafil</i> | 181, 182 | TOX PED(PF) | 43 |
| SUNLENCA..... | 7 | <i>tadalafil (pulmonary arterial</i> | | <i>tetrabenazine</i> | 86 |
| <i>super b/c</i> | 244 | <i>hypertension) oral tablet 20</i> | | <i>tetracycline</i> | 12 |
| SUPER DAILY D3 | 244 | <i>mg</i> | 173 | THALOMID | 57 |
| SUPER DHA GEMS..... | 208 | TAFINLAR | 56 | <i>theophylline</i> | 173 |
| SUPER MULTIPLE - LOW | | TAGRISSO | 56 | THEOPHYLLINE (BULK)173 | |
| IRON | 244 | TAKE ACTION | 92 | <i>thera</i> | 245 |
| <i>super omega-3</i> | 16 | TALVEY | 56 | <i>thera-d</i> | 245 |
| <i>super thera vite m</i> | 244 | TALZENNA..... | 56 | THERA-D 4000..... | 245 |
| <i>suphedrin</i> | 167 | <i>tamoxifen</i> | 56 | THERAFLU EXPRESSMAX | |
| <i>suphedrine 12 hour</i> | 158, 165 | <i>tamsulosin</i> | 182 | COLD DAY..... | 167 |
| SUPPORT-500 | 244 | TANDEM PLUS | 245 | THERAFLU EXPRESSMAX | |
| <i>syeda</i> | 92 | <i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> | 92 | COLD NIGHT | 168 |
| SYMDEKO | 173 | <i>taron forte</i> | 245 | THERAFLU MULTI- | |
| SYMLINPEN 120 | 144 | TASIGNA | 57 | SYMPTOM COLD | 168 |
| SYMLINPEN 60 | 144 | <i>tazarotene</i> | 137 | THERAFLU NIGHT SEVERE | |
| SYMPAZAN..... | 75 | <i>tazicef</i> | 9 | COLD-CGH | 168 |
| SYMPROIC | 34 | TAZVERIK | 57 | THERAGRAN-M PREMIER | |
| SYMTUZA..... | 7 | TDVAX | 43 | 50 PLUS | 245 |
| SYNAGIS..... | 7 | TEARS LUBRICANT EYE | | <i>theralogix companion</i> | 216 |
| SYNJARDY | 144 | DROP | 100 | THERA-M..... | 245 |
| SYNJARDY XR | 144 | TECENTRIQ..... | 57 | THERAMILL FORTE | 245 |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <i>therapeutic dandruff shampoo</i> | <i>tolnaftate</i> | <i>trihexyphenidyl</i> |
| 121 | 124 | 59 |
| <i>therapeutic moisturizing</i> | <i>tolterodine</i> | TRIJARDY XR |
| 135, | 182 | 144 |
| 136 | <i>tolvaptan</i> | TRIKAFTA |
| THERAPEUTIC | 140 | 173 |
| MOISTURIZING CREAM | <i>topiramate</i> | <i>tri-legest fe</i> |
| 131 | 75 | 92 |
| <i>therapeutic-m</i> | <i>topotecan</i> | <i>tri-linyah</i> |
| 229, 245 | 57 | 92 |
| <i>thera-tabs</i> | <i>toremifene</i> | <i>tri-lo-estarylla</i> |
| 245 | 57 | 92 |
| <i>theratrum complete 50 plus/lut</i> | <i>torpenz</i> | <i>tri-lo-marzia</i> |
| 245 | 57 | 92 |
| <i>theratrum complete 50 plus-lyc</i> | <i>torse mide</i> | <i>tri-lo-sprintec</i> |
| 245 | 19 | 92 |
| <i>theratrum complete with lutein</i> | TOTAL HOME INSECT | <i>trimethoprim</i> |
| 245 | REPELLENT..... | 2 |
| THERATRUM COMPLETE | 130 | <i>trimipramine</i> |
| WITH LUTEIN | TOUJEO MAX U-300 | 82 |
| 245 | SOLOSTAR | TRINTELLIX..... |
| <i>therems multivitamin</i> | 144 | 82 |
| 246 | TOUJEO SOLOSTAR U-300 | <i>triphrocaps</i> |
| <i>thermotabs</i> | INSULIN | 246 |
| 198 | 144 | <i>triple antibiotic</i> |
| THEROMEGA..... | TRADJENTA..... | 122 |
| 208 | 144 | TRIPLE ANTIBIOTIC..... |
| <i>thiamine hcl (vitamin b1)</i> .. | <i>tramadol</i> | 122 |
| 246 | 71 | <i>triple antibiotic plus</i> |
| <i>thioridazine</i> | <i>tramadol-acetaminophen</i> | 122 |
| 82 | 71 | TRIPLE MAGNESIUM |
| <i>thiotepa</i> | <i>trandolapril</i> | COMPLEX |
| 57 | 19 | 189 |
| <i>thiothixene</i> | <i>trandolapril-verapamil</i> | TRIPROLIDINE HCL..... |
| 82 | 19 | 168 |
| <i>tiadylt er</i> | <i>tranexamic acid</i> | <i>tri-sprintec (28)</i> |
| 19 | 94 | 92 |
| <i>tiagabine</i> | <i>tranylcypromine</i> | TRIUMEQ..... |
| 75 | 82 | 8 |
| TIBSOVO..... | <i>travasol 10 %</i> | TRIUMEQ PD..... |
| 57 | 208 | 8 |
| TICE BCG..... | <i>travoprost</i> | TRI-VI-SOL |
| 43 | 96 | 246 |
| TICOVAC | TRAZIMERA..... | <i>trivora (28)</i> |
| 43 | 57 | 92 |
| <i>tigecycline</i> | TRAZODONE | TRODELVY..... |
| 4 | 82 | 57 |
| <i>tilia fe</i> | TRECATOR..... | TROGARZO |
| 92 | 4 | 8 |
| <i>timolol maleate</i> | TRELEGY ELLIPTA..... | TROPHAMINE 10 %..... |
| 19, 95 | 173 | 208 |
| <i>tinidazole</i> | TRELSTAR..... | TROPICAL LIQUID |
| 4 | 57 | NUTRITION |
| <i>tiotropium bromide</i> | TREMFYA..... | 246 |
| 173 | 125 | <i>tropium</i> |
| TIVDAK..... | <i>treprostinil sodium</i> | 182 |
| 57 | 19 | TRUEPLUS GLUCOSE ... |
| TIVICAY | <i>tretinoin (antineoplastic)</i> | 119, |
| 8 | 57 | 120 |
| TIVICAY PD | <i>tretinoin topical</i> | TRULANCE..... |
| 8 | 137 | 34 |
| <i>tizanidine</i> | <i>triamcinolone acetonide</i> | TRULICITY |
| 84 | 89, | 144 |
| TOBI PODHALER | 127, 138 | TRUMENBA..... |
| 4 | <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> | 43 |
| TOBRADEX ..... | ..... | TRUQAP |
| 95 | 19 | 57 |
| <i>tobramycin</i> | <i>tricon</i> | TRUSTEX LATEX |
| 4, 95 | 246 | CONDOM |
| <i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ... | <i>tridacaine ii</i> | 180 |
| 4 | 136 | TRUSTEX LUBRICATED |
| <i>tobramycin sulfate</i> | <i>tridacaine iii</i> | CONDOMS |
| 4 | 136 | 180 |
| <i>tobramycin-dexamethasone</i> .. | <i>triderm</i> | TRUSTEX NON-LUB |
| 95 | 127 | CONDOMS |
| <i>tolnafi-al</i> | <i>trientine</i> | 180 |
| 124 | 120 | TRUSTEX-RIA |
| | <i>tri-estarylla</i> | LUB/SPERMICIDE |
| | 92 | 180 |
| | <i>trifluoperazine</i> | |
| | 82 | |
| | <i>trifluridine</i> | |
| | 95 | |
| | <i>trigels-f forte</i> | |
| | 246 | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TRUSTEX-RIA | TYVASO..... | VANIBASE..... |
| LUBRICATED CONDOMS | TYVASO INSTITUTIONAL | VANIBASE TRADITIONAL |
| ..... | START KIT..... | FORMULA..... |
| 180 | TYVASO REFILL KIT..... | <i>vanicream</i> |
| TRUSTEX-RIA NON-LUB | TYVASO STARTER KIT . | VAQTA (PF)..... |
| CONDOMS..... | U | <i>varenicline</i> |
| 180 | U-BASE..... | VARIVAX (PF)..... |
| TRUZONE PEAK FLOW | UBRELVY..... | VARUBI..... |
| METER..... | ULTRA BONEUP..... | VAXCHORA VACCINE.... |
| 180 | ULTRA FREEDA..... | VECTIBIX..... |
| TUKYSA..... | <i>ultra lubricant eye</i> | <i>vegetable laxative</i> |
| 57 | <i>ultra omega-3</i> | VEGETARIAN BONEUP . |
| TUMS..... | <i>ultra strength antacid</i> | 246 |
| 198, 199 | ULTRATHON..... | <i>veletri</i> |
| TUMS E-X..... | UNISPEND ANHYDROUS | <i>velivet triphasic regimen (28)</i> |
| 198, 199 | SWEET..... | ..... |
| TUMS EXTRA STRENGTH | <i>unithroid</i> | VELTASSA..... |
| SMOOTHIES..... | UNITUXIN..... | VEMLIDY..... |
| 198 | UPCAL D..... | VENCLEXTA..... |
| <i>tums ultra</i> | UPTRAVI..... | VENCLEXTA STARTING |
| 34, 199 | <i>urinary pain relief</i> | PACK..... |
| TURALIO..... | URINARY PAIN RELIEF. | <i>venlafaxine</i> |
| 57 | <i>ursodiol</i> | VENOFER..... |
| <i>turqoz (28)</i> | UZEDY..... | 246, 247 |
| 92 | V | <i>verapamil</i> |
| <i>tusnel diabetic</i> | <i>valacyclovir</i> | VERQUVO..... |
| 168 | VALCHLOR..... | VERSACLOZ..... |
| TUSNEL DM..... | <i>valganciclovir</i> | VERSATILE..... |
| 168 | <i>valproate sodium</i> | VERSIGEL..... |
| TUSNEL DM | <i>valproic acid</i> | VERZENIO..... |
| PEDIATRIC(PHENYLEPH | <i>valproic acid (as sodium salt)</i> | <i>vestura (28)</i> |
| )..... | ..... | VIBATIV..... |
| 168 | <i>valrubicin</i> | VIBERZI..... |
| TUSNEL NEW FORMULA | <i>valsartan</i> | <i>vienna</i> |
| ..... | <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> | <i>vigabatrin</i> |
| 168 | ..... | <i>vigadrone</i> |
| TUSNEL PEDIATRIC..... | VALTOCO..... | <i>vigpoder</i> |
| 168 | VANACOF..... | <i>vilazodone</i> |
| TUSNEL PEDIATRIC | VANACOF DM..... | VIMIZIM..... |
| (GUAIFEN-PE)..... | VANALICE..... | <i>vinblastine</i> |
| 168 | VANATAB DM..... | <i>vincristine</i> |
| <i>tusnel-ex</i> | <i>vancomycin</i> | <i>vinorelbine</i> |
| 168 | VANCOMYCIN IN 0.9 % | <i>viorele (28)</i> |
| <i>tussin</i> | SODIUM CHL..... | VIRACEPT..... |
| 165, 168 | VANFLYTA..... | 8 |
| <i>tussin cf (pe-dm-guaif)</i> | | VIREAD..... |
| 158, | | VISION FORMULA (WITH |
| 167, 168 | | LUTEIN)..... |
| <i>tussin cf cough-cold</i> | | 223, 247 |
| 168 | | |
| <i>tussin cough (dm only)</i> | | |
| 168 | | |
| <i>tussin dm</i> | | |
| 157, 158, 165, 167, | | |
| 168 | | |
| TUSSIN DM..... | | |
| 158, 167 | | |
| <i>tussin dm cough and chest.</i> | | |
| 167, | | |
| 168 | | |
| <i>tussin dm max</i> | | |
| 157, 158 | | |
| <i>tussin mucus-chest congestion</i> | | |
| | | |
| 157, 168 | | |
| TUXARIN ER..... | | |
| 168 | | |
| TWINRIX (PF)..... | | |
| 43 | | |
| TYENNE..... | | |
| 147 | | |
| TYENNE AUTOINJECTOR | | |
| | | |
| 147 | | |
| TYPHIM VI..... | | |
| 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 10/02/2024

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------|--|-----|--|----------|
| XIFAXAN..... | 5 | ZALTRAP | 59 | <i>ziprasidone hcl</i> | 83 |
| XIGDUO XR..... | 144, 145 | ZANOSAR..... | 59 | <i>ziprasidone mesylate</i> | 83 |
| XIIDRA..... | 100 | ZEJULA | 59 | ZIRABEV | 59 |
| XOFLUZA | 8 | ZELBORAF | 59 | ZIRGAN | 95 |
| XOLAIR..... | 174 | ZELDANA | 258 | ZOLADEX | 59 |
| XOSPATA | 58 | <i>zenatane</i> | 137 | <i>zoledronic acid</i> | 140 |
| XPOVIO..... | 58 | ZENPEP | 34 | <i>zoledronic acid-mannitol-water</i> | 120, 140 |
| XTANDI..... | 58 | ZEPOSIA..... | 86 | ZOLINZA..... | 59 |
| <i>xulane</i> | 94 | ZEPOSIA STARTER KIT (28- DAY)..... | 86 | <i>zolpidem</i> | 83 |
| Y | | ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) | 86 | ZONISADE | 76 |
| <i>yelets</i> | 258 | ZEPZELCA..... | 59 | <i>zonisamide</i> | 76 |
| YERVOY | 58 | <i>zidovudine</i> | 8 | ZOO FRIENDS | 258 |
| YF-VAX (PF)..... | 43 | ZIKS ARTHRITIS PAIN RELIEF | 136 | <i>zovia 1-35 (28)</i> | 92 |
| YONDELIS..... | 58 | ZINC (WITH A AND C) LOZENGES | 258 | ZTALMY | 76 |
| YUFLYMA(CF)..... | 148 | <i>zinc oxide</i> | 136 | ZUBSOLV..... | 72 |
| YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS..... | 147 | <i>zinc sulfate</i> | 199 | <i>zumandimine (28)</i> | 92 |
| YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR..... | 148 | ZINC SULFATE (BULK) . | 199 | ZURZUVAE..... | 83 |
| <i>yuvafem</i> | 93 | ZINC SULFATE HEPTAHYDRAT(BULK) | 120 | ZYDELIG..... | 59 |
| Z | | <i>zinc with vitamins a and c</i> .. | 258 | ZYKADIA..... | 59 |
| ZADITOR | 100 | | | ZYMFENTRA..... | 35 |
| <i>zafemy</i> | 94 | | | ZYNLONTA | 59 |
| <i>zafirlukast</i> | 174 | | | ZYNYZ..... | 59 |
| <i>zaleplon</i> | 83 | | | ZYPREXA RELPREVV 83, 84 | |

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

Esta lista de medicamentos se actualizó por última vez en 10/02/2024

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। हृदय में बात करने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह सेवा निःशुल्क है।

Japanese: 医療保険または医薬品プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご希望の方は、**1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 または 711) までお電話下さい。月～金曜日、午前8時～午後8時にご利用いただけます。日本語を話す通訳者が対応いたします。こちらは無料サービスです。

Aviso de no discriminación

CareSource cumple con las leyes federales y estatales vigentes sobre derechos civiles. No discriminamos, ni excluimos a las personas, ni las tratamos de forma distinta debido a la edad, el sexo, la identidad de género, el color, la raza, una discapacidad, el origen nacional, el origen étnico, el estado civil, la preferencia sexual, la orientación sexual, la afiliación religiosa, el estado de salud o el estado de asistencia pública. CareSource ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades o aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés. Podemos obtener intérpretes de lengua de señas o de otros idiomas para que puedan comunicarse con nosotros o sus proveedores de manera efectiva. También hay materiales impresos gratuitos disponibles en letra grande, braille o audio. Si necesita alguno de estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número que se encuentra en su tarjeta de identificación de CareSource. Puede presentar una queja si considera que no le hemos brindado estos servicios o que discriminamos en su contra de cualquier otra manera.

Por correo postal: CareSource
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947
Dayton, Ohio 45401

Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@CareSource.com
Teléfono: 1-800-488-0134 (TTY: 711)
Fax: 1-844-417-6254

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles:

Correo postal: U.S. Dept of Health and Human Services
200 Independence Ave, SW Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201

En línea: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

MyCareOhio
Connecting Medicare + Medicaid

CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionarles beneficios a los afiliados de ambos programas.

H8452_OH-MYC-M-1568751-SP-V.3
Aprobado por CMS/ODM: 8/29/2023



Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. o visite **CareSource.com/MyCare.**

ID del formulario: 00025338

N.º de versión: 9

Actualizado el 10/15/2024.