

PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

Lista de Medicamentos por Excepción (LME)

2017

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [Pre- autorización] Y=Yes
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS	Stimulants - Misc.	Modafinil Oral Tablet 100 MG	Y
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS	Stimulants - Misc.	Modafinil Oral Tablet 200 MG	Y
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS	Stimulants - Misc.	Provigil Oral Tablet 100 MG	Y
ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS	Stimulants - Misc.	Provigil Oral Tablet 200 MG	Y
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY	Interleukin-1 Receptor Antagonist (IL-1Ra)	Kineret Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 100 MG/0.67ML	Y
ANTHELMINTICS	ANTHELMINTICS	Albenza Oral Tablet 200 MG	Y
ANTHELMINTICS	ANTHELMINTICS	Ivermectin Oral Tablet 3 MG	Y
ANTHELMINTICS	ANTHELMINTICS	Stromectol Oral Tablet 3 MG	Y
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS	Antidotes - Chelating Agents	Exjade Oral Tablet Soluble 125 MG	Y
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS	Antidotes - Chelating Agents	Exjade Oral Tablet Soluble 250 MG	Y
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS	Antidotes - Chelating Agents	Exjade Oral Tablet Soluble 500 MG	Y
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS	Antidotes - Chelating Agents	Jadenu Oral Tablet 90 MG	Y
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS	Antidotes - Chelating Agents	Jadenu Oral Tablet 180 MG	Y
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS	Antidotes - Chelating Agents	Jadenu Oral Tablet 360 MG	Y
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Aprepitant Oral Capsule 80 MG	Y

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [Pre- autorización] Y=Yes
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Aprepitant Oral Capsule 125 MG	Y
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Emend Oral Capsule 80 MG	Y
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Emend Oral Capsule 125 MG	Y
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Aprepitant Oral Capsule 40 MG	Y
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Emend Oral Capsule 40 MG	Y
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Emend Oral Capsule 80 & 125 MG	Y
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Emend Oral Suspension Reconstituted 125 MG	Y
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Aprepitant Oral Capsule 80 & 125 MG	Y
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.	Antiprotozoal Agents	Mepron Oral Suspension 750 MG/5ML	Y
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.	Antiprotozoal Agents	Atovaquone Oral Suspension 750 MG/5ML	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Alkylating Agents	Cyclophosphamide Oral Capsule 25 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Alkylating Agents	Cyclophosphamide Oral Capsule 50 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Antibiotics	Novantrone Intravenous Concentrate 20 MG/10ML	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [Pre- autorización] Y=Yes
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Antibiotics	Mitoxantrone HCl Intravenous Concentrate 25 MG/12.5ML	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Antibiotics	Mitoxantrone HCl Intravenous Concentrate 20 MG/10ML	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Antibiotics	Mitoxantrone HCl Intravenous Concentrate 30 MG/15ML	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antimetabolites	Tabloid Oral Tablet 40 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic - Antibodies	Rituxan Intravenous Solution 100 MG/10ML	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic - Antibodies	Rituxan Intravenous Solution 500 MG/50ML	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic - Hedgehog Pathway Inhibitors	Erivedge Oral Capsule 150 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic - Hormonal and Related Agents	Xtandi Oral Capsule 40 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic - Hormonal and Related Agents	Lysodren Oral Tablet 500 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic - Hormonal and Related Agents	Fareston Oral Tablet 60 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sutent Oral Capsule 37.5 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Votrient Oral Tablet 200 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Tykerb Oral Tablet 250 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sutent Oral Capsule 12.5 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sutent Oral Capsule 50 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sutent Oral Capsule 25 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Tarceva Oral Tablet 25 MG	Y

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre-authorization [Pre-autorización] Y=Yes
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Tarceva Oral Tablet 100 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Tarceva Oral Tablet 150 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Bosulif Oral Tablet 500 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Bosulif Oral Tablet 100 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Afinitor Disperz Oral Tablet Soluble 2 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Afinitor Disperz Oral Tablet Soluble 3 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Afinitor Disperz Oral Tablet Soluble 5 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Tafinlar Oral Capsule 50 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Tafinlar Oral Capsule 75 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Mekinist Oral Tablet 0.5 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Mekinist Oral Tablet 2 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Imbruvica Oral Capsule 140 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Zelboraf Oral Tablet 240 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Ibrance Oral Capsule 75 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Ibrance Oral Capsule 100 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Ibrance Oral Capsule 125 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Cotellic Oral Tablet 20 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Ninlaro Oral Capsule 2.3 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Ninlaro Oral Capsule 3 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Ninlaro Oral Capsule 4 MG	Y

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre-authorization [Pre-autorización] Y=Yes
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Benzisoxazoles	Risperdal Consta Intramuscular Suspension Reconstituted 12.5 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Benzisoxazoles	Risperdal Consta Intramuscular Suspension Reconstituted 37.5 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Benzisoxazoles	Risperdal Consta Intramuscular Suspension Reconstituted 50 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Benzisoxazoles	Risperdal Consta Intramuscular Suspension Reconstituted 25 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 200 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 300 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 400 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 50 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 150 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Clozaril Oral Tablet 100 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Clozaril Oral Tablet 25 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Clozapine Oral Tablet 100 MG	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Clozapine Oral Tablet 25 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Hepsera Oral Tablet 10 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Adefovir Dipivoxil Oral Tablet 10 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Entecavir Oral Tablet 0.5 MG	Y

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [Pre- autorización] Y=Yes
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Entecavir Oral Tablet 1 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Baraclude Oral Tablet 0.5 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Baraclude Oral Tablet 1 MG	Y
CORTICOSTEROIDS	Glucocorticosteroid s	Entocort EC Oral Capsule Delayed Release Particles 3 MG	Y
CORTICOSTEROIDS	Glucocorticosteroid s	Budesonide Oral Capsule Delayed Release Particles 3 MG	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Gel 0.05 %	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Gel 0.1 %	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Cream 0.05 %	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Cream 0.1 %	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Forteo Subcutaneous Solution 600 MCG/2.4ML	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Reclast Intravenous Solution 5 MG/100ML	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Zoledronic Acid Intravenous Solution 5 MG/100ML	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Pamidronate Disodium Intravenous Solution 30 MG/10ML	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Pamidronate Disodium Intravenous Solution 90 MG/10ML	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Pamidronate Disodium Intravenous Solution 6 MG/ML	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Alendronate Sodium Oral Tablet 40 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Fosamax Oral Tablet 40 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Prolia Subcutaneous Solution 60 MG/ML	Y

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [Pre- autorización] Y=Yes
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Hormone Receptor Modulators	Raloxifene HCl Oral Tablet 60 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Hormone Receptor Modulators	Evista Oral Tablet 60 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Growth Hormone Receptor Antagonists	Somavert Subcutaneous Solution Reconstituted 10 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Growth Hormone Receptor Antagonists	Somavert Subcutaneous Solution Reconstituted 15 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Growth Hormone Receptor Antagonists	Somavert Subcutaneous Solution Reconstituted 20 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Growth Hormone Receptor Antagonists	Somavert Subcutaneous Solution Reconstituted 25 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Growth Hormone Receptor Antagonists	Somavert Subcutaneous Solution Reconstituted 30 MG	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Feiba NF Intravenous Solution Reconstituted	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Feiba VH Immuno Intravenous Solution Reconstituted	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Feiba Intravenous Solution Reconstituted	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Eloctate Intravenous Solution Reconstituted 250 UNIT	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Eloctate Intravenous Solution Reconstituted 500 UNIT	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Eloctate Intravenous Solution Reconstituted 750 UNIT	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Eloctate Intravenous Solution Reconstituted 1000 UNIT	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Eloctate Intravenous Solution Reconstituted 1500 UNIT	Y

*[Handwritten signatures]*



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [Pre- autorización] Y=Yes
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Eloctate Intravenous Solution Reconstituted 2000 UNIT	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Eloctate Intravenous Solution Reconstituted 3000 UNIT	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Platelet Aggregation Inhibitors	Effient Oral Tablet 5 MG	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Platelet Aggregation Inhibitors	Effient Oral Tablet 10 MG	Y
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES	Immunosuppressive Agents	Zortress Oral Tablet 0.25 MG	Y
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES	Immunosuppressive Agents	Zortress Oral Tablet 0.75 MG	Y
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES	Immunosuppressive Agents	Zortress Oral Tablet 0.5 MG	Y
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES	Systemic Lupus Erythematosus Agents	Benlysta Intravenous Solution Reconstituted 120 MG	Y
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES	Systemic Lupus Erythematosus Agents	Benlysta Intravenous Solution Reconstituted 400 MG	Y
NEUROMUSCULAR AGENTS	Neuromuscular Blocking Agent - Neurotoxins	Botox Injection Solution Reconstituted 200 UNIT	Y
NEUROMUSCULAR AGENTS	Neuromuscular Blocking Agent - Neurotoxins	Botox Injection Solution Reconstituted 100 UNIT	Y
OPHTHALMIC AGENTS	Ophthalmic Steroids	Tobradex Ophthalmic Suspension 0.3-0.1 %	Y
OPHTHALMIC AGENTS	Ophthalmic Steroids	Tobramycin- Dexamethasone Ophthalmic Suspension 0.3-0.1 %	Y
OPHTHALMIC AGENTS	Prostaglandins - Ophthalmic	Travatan Z Ophthalmic Solution 0.004 %	Y
OPHTHALMIC AGENTS	Prostaglandins - Ophthalmic	Lumigan Ophthalmic Solution 0.01 %	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard S/D Intravenous Solution Reconstituted 5 GM	Y

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [Pre- autorización] Y=Yes
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard S/D Intravenous Solution Reconstituted 10 GM	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard S/D Less IgA Intravenous Solution Reconstituted 5 GM	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard S/D Less IgA Intravenous Solution Reconstituted 10 GM	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gamunex-C Injection Solution 1 GM/10ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gamunex-C Injection Solution 2.5 GM/25ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gamunex-C Injection Solution 5 GM/50ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gamunex-C Injection Solution 20 GM/200ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gamunex-C Injection Solution 10 GM/100ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammaked Injection Solution 1 GM/10ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammaked Injection Solution 2.5 GM/25ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammaked Injection Solution 5 GM/50ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammaked Injection Solution 10 GM/100ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammaked Injection Solution 20 GM/200ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard Injection Solution 1 GM/10ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard Injection Solution 2.5 GM/25ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard Injection Solution 5 GM/50ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard Injection Solution 10 GM/100ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard Injection Solution 20 GM/200ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard Injection Solution 30 GM/300ML	Y

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorización [Pre- autorización] Y=Yes
<b>RESPIRATORY AGENTS - MISC.</b>	Cystic Fibrosis Agents	Pulmozyme Inhalation Solution 1 MG/ML	Y
<b>TETRACYCLINES</b>	TETRACYCLINES	Tetracycline HCl Oral Capsule 250 MG	Y
<b>TETRACYCLINES</b>	TETRACYCLINES	Tetracycline HCl Oral Capsule 500 MG	Y
<b>TETRACYCLINES</b>	TETRACYCLINES	Demeclocycline HCl Oral Tablet 150 MG	Y
<b>TETRACYCLINES</b>	TETRACYCLINES	Demeclocycline HCl Oral Tablet 300 MG	Y
<b>TETRACYCLINES</b>	TETRACYCLINES	Declomycin Oral Tablet 300 MG	Y
<b>VASOPRESSORS</b>	Anaphylaxis Therapy Agents	Epinephrine Injection Solution Auto-injector 0.15 MG/0.3ML	Y
<b>VASOPRESSORS</b>	Anaphylaxis Therapy Agents	Epinephrine Injection Solution Auto-injector 0.15 MG/0.15ML	Y
<b>VASOPRESSORS</b>	Anaphylaxis Therapy Agents	Epinephrine Injection Solution Auto-injector 0.3 MG/0.3ML	Y

*WJ*

*A.H.H.*





# ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



## Formulario de Emergencia Integrado (FEI)

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSG



Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-16-2732

15-107-02



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Novares  
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSG (PMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrada, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,

  
Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva



A.H.A.





## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.
- B. Las compañías aseguradoras o el TPA ("Third Party Administrator"), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o "PBM") contratado por ASES.



- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán registrarse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.
- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.



Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expeditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### 4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen.

Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)  
2017

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	11
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL .....	11
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	12
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA].....	13
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	13
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] .....	13
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración] .....	13
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] .....	14
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	14
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD] .....	14
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	14
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos].....	14
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .....	14
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] .....	14
Macrolides [Macrólidos].....	14
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] .....	15
Penicillins [Penicilinas].....	15
Quinolones [Quinolonas] .....	16
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación] .....	16
Sulfonamides [Sulfonamidas] .....	16
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación] .....	17
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] .....	17
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes] .....	17







FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA] .....	18
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa] .....	18
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS] .....	19
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos] .....	19
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS].....	19
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa].....	19
Biguanides [Biguanidas] .....	19
Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4] .....	19
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas] .....	19
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin] .....	19
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia] .....	19
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración] .....	19
Sulfonylureas [Sulfonilureas] .....	20
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] .....	20
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	20
Phenothiazines [Fenotiazinas] .....	20
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA] .....	20
Antigout Agents [Agentes Antigota] .....	20
Uricosurics [Uricosúricos] .....	20
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS].....	20
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos] .....	20
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	21
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II] .....	21
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina] .....	21
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio] .....	21
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica] .....	21
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos] .....	21
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] .....	22
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa] .....	22
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	22
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio] .....	22
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas] .....	23

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores] .....	23
Vasodilators [Vasodilatadores] .....	23
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA] .....	23
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos] .....	23
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS] .....	23
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos] .....	23
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS] .....	24
Antituberculars [Antituberculosos] .....	24
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS] .....	24
Antimalarials [Antimaláricos] .....	24
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] .....	24
Anticholinergics [Anticolinérgicos] .....	24
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson] .....	24
Dopamine Precursors [Precursores De Dopamina] .....	25
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIÓTICOS] .....	25
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación] .....	25
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación] .....	26
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] .....	26
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus] .....	26
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....	26
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza] .....	26
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA] .....	26
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	26
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .....	26
Anticoagulants [Anticoagulantes] .....	26
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides] .....	27
Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas] .....	27
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES] .....	27
Antiarrhythmics Class Ii [Antiarrítmicos Clase Ii] .....	27
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A] .....	27
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B] .....	28
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C] .....	28

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Antiarrhythmics Type Iii [Antiarrítmicos Tipo Iii] .....	28
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos] .....	28
Vasodilators [Vasodilatadores] .....	28
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] .....	28
Antifungals [Antifungales] .....	28
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] .....	29
Pediculicides And Scabicides [Pediculicidas Y Escabicidas] .....	29
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos] .....	29
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS] .....	29
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares] .....	29
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico] .....	29
Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa] .....	29
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES] .....	29
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2] .....	29
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos] .....	29
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones] .....	30
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS] .....	30
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos] .....	30
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] .....	30
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide] .....	30
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos] .....	30
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina] .....	30
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea] .....	30
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....	31
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	31
Immune Globulins [Immunoglobulinas] .....	31
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL] .....	31
Aminosalicylates [Aminosalicilatos] .....	31
Sulfonamides [Sulfonamidas] .....	31
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS] .....	31
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] .....	31
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES] .....	31
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] .....	31

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales] .....	32
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS] .....	32
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma] .....	32
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos] .....	32
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas] .....	32
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos] .....	33
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS] .....	33
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos] .....	33
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos] .....	33
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS] .....	33
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos] .....	33
Antileukotrienes [Antileukotrienos] .....	33
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos] .....	33
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados] .....	33
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1] .....	34
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos] .....	34



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

**DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017**

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGESICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NsaiDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL = 5 días
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	QL = 5 días
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	QL = 5 días
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL = 5 días
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	QL = 5 días
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	QL = 5 días
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	2	Non-Preferred	INDOCIN	QL = 5 días



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

**RANGO DE COSTO NETO MENSUAL**

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:

*[Handwritten signatures]*

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

1	menos de \$20	<b>Menos costoso mensualmente</b>
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	<b>Más costoso mensualmente</b>



Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

### MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas. Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.

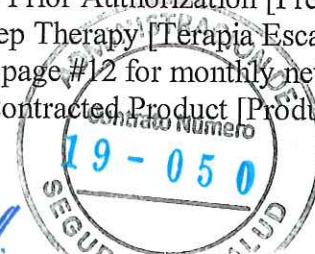





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL = 5 días
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	QL = 5 días
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	QL = 5 días
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL = 5 días
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	QL = 5 días
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	QL = 5 días
<b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]</b>				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL = 5 días
<i>acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL = 5 días
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL = 5 días
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL = 5 días
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	1	Preferred	FIORICET	QL = 5 días
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	QL = 5 días
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	2	Preferred	FIORICET	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
<b>Local Anesthetics [Anestésicos Locales]</b>				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	QL = 5 días
<b>ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]</b>				
<b>Benzodiazepines [Benzodiazepinas]</b>				
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	QL = 5 días
<i>diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	VALIUM	QL = 5 días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	QL = 5 días
<i>temazepam 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	RESTORIL	QL = 5 días
<b>Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]</b>				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	QL = 5 días
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]</b>				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	QL = 5 días
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Non-Preferred	DURICEF	QL = 5 días, AL ≤ 12
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	QL = 5 días
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Non-Preferred	DURICEF	QL = 5 días, AL ≤ 12
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]







## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	QL = 5 días
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	QL = 5 días
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		QL = 5 días
<b>Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	QL = 5 días
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		QL = 5 días
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	FLAGYL	QL = 5 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	1	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML</i>	6	Non-Preferred	FURADANTIN	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACROBID	QL = 5 días
<b>Penicillins [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	QL = 5 días



• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signatures in blue ink.*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml susp, 875-125 mg tab	1	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap	1	Preferred	PRINCIPEN	QL = 5 días
penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab	1	Preferred	VEETIDS	QL = 5 días
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp	3	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>				
ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	LEVAQUIN	QL = 5 días
ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp	3	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp	4	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
<b>Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]</b>				
cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap	2	Preferred	CECLOR	QL = 5 días
cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab	2	Preferred	CEFZIL	QL = 5 días
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Handwritten signatures





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
<b>Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]</b>				
cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
<b>ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]</b>				
<b>Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]</b>				
carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab	1	Preferred	TEGRETOL	QL = 5 días
clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	QL = 5 días
divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	QL = 5 días
gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	NEURONTIN	QL = 5 días
lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab	1	Preferred	LAMICTAL	QL = 5 días
lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg	3	Non-Preferred	LAMICTAL	
levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg	3	Non-Preferred	KEPPRA XR	
oxcarbazepine 150 mg tab	1	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab	1	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Contrato Número  
19-050

A.H.H.



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
primidone 250 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MYSOLINE	QL = 5 días
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días
valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr	1	Preferred	DEPAKENE	QL = 5 días
zonisamide 50 mg cap	1	Preferred	ZONEGRAN	QL = 5 días
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		QL = 5 días
levetiracetam 1000 mg tab, 750 mg tab	2	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab	2	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew	2	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap	2	Preferred	ZONEGRAN	QL = 5 días
ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln	3	Preferred	ZARONTIN	QL = 5 días
phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln	3	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días
<b>ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]</b>				
<b>Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]</b>				
donepezil hcl 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ARICEPT	QL = 5 días
rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap	3	Preferred	EXELON	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]</b>				
trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DESYREL	QL = 5 días
<b>Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao]</b>				
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	QL = 5 días
<b>ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]</b>				
<b>Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]</b>				
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	QL = 5 días
<b>Biguanides [Biguanidas]</b>				
metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL = 5 días
<b>Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4]</b>				
KOMBIGLYZE XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr	3	Preferred		QL = 5 días, ST, P
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred		QL = 5 días, ST, P
<b>Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]</b>				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL = 1 Vial 10 ML/30 días, P
<b>Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]</b>				
pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	QL = 5 días
<b>Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]</b>				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL = 1 Vial 10 ML/30 días, P
<b>Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]</b>				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		QL = 1 Vial 10 ML/30 días, P

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

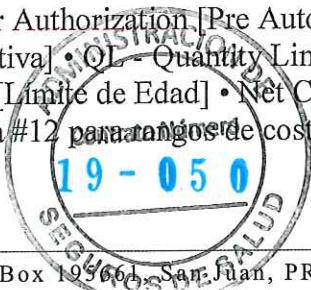


Handwritten signatures in blue ink



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Sulfonylureas [Sulfonilureas]</b>				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	QL = 5 días
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	QL = 5 días
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	QL = 5 días
ormir 50 mg cap	1	Preferred	BENADRYL	QL = 5 días
pharbedryl 50 mg cap	1	Preferred	BENADRYL	QL = 5 días
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	QL = 5 días
<b>Phenothiazines [Fenotiazinas]</b>				
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	QL = 5 días
prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	QL = 5 días
<b>ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]</b>				
<b>Antigout Agents [Agentes Antigota]</b>				
allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	ZYLOPRIM	QL = 5 días
colchicine 0.6 mg cap	3	Preferred	MITIGARE	PA
COLCRYS 0.6 mg tab	4	Non-Preferred		QL= 3 tab, 15días
<b>Uricosurics [Uricosúricos]</b>				
probenecid 500 mg tab	1	Preferred	BENEMID	QL = 5 días
<b>ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]</b>				
<b>Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]</b>				
clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	QL = 5 días
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ALDOMET	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]</b>				
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días
<b>Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]</b>				
losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	QL = 5 días
losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	QL = 5 días
<b>Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina]</b>				
lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZESTRIL	QL = 5 días
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	1	Preferred	ZESTORETIC	QL = 5 días
<b>Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]</b>				
amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	NORVASC	QL = 5 días
diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab	1	Preferred	CARDIZEM	QL = 5 días
verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	CALAN	QL = 5 días
<b>Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica]</b>				
acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab	3	Preferred	DIAMOX	QL = 5 días
<b>Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]</b>				
atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TENORMIN	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
<b>Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	QL = 5 días
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	QL = 5 días
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	QL = 5 días
<b>Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]</b>				
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	QL = 5 días
<b>Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
<b>Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio]</b>				
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ALDACTONE	QL = 5 días
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	Preferred	MAXZIDE	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]







## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]</b>				
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	DIURIL	QL = 5 días
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Non-Preferred	HYGROTON	QL = 5 días
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		QL = 5 días
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	QL = 5 días
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LOZOL	QL = 5 días
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL = 5 días
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	HYGROTON	QL = 5 días
<i>metolazone 10 mg tab</i>	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL = 5 días
<b>Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]</b>				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	QL = 5 días
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	QL = 5 días
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]</b>				
<b>Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]</b>				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	QL = 5 días
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días, ST
<b>ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]</b>				
<b>Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]</b>				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		QL = 5 días
pyridostigmine bromide 180 mg tab er	6	Non-Preferred	MESTINON	QL = 5 días
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
<b>Antituberculars [Antituberculosos]</b>				
CAPASTAT SULFATE 1 gm inj soln				QL = 5 días Puerto Rico Department Tuberculosis Control Program
cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	
RIFAMATE 150-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
rifabutin 150 mg cap	7		MYCOBUTIN	
isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	ISONIAZID	QL = 5 días
rifampin 150 mg cap	1	Preferred	RIFADIN	QL = 5 días
ethambutol hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	QL = 5 días
pyrazinamide 500 mg tab	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	QL = 5 días
rifampin 300 mg cap	2	Preferred	RIFADIN	QL = 5 días
ethambutol hcl 400 mg tab	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	QL = 5 días
isoniazid 50 mg/5ml syr	5	Non-Preferred	ISONIAZID	QL = 5 días
<b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>				
<b>Antimalarials [Antimaláricos]</b>				
chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ARALEN	QL = 5 días
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	1	Preferred	PLAQUENIL	QL = 5 días
quinine sulfate 324 mg cap	4	Preferred	QUININE	QL = 5 días
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		PA, QL = 5 días
<b>ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]</b>				
<b>Anticholinergics [Anticolinérgicos]</b>				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	QL = 5 días
<b>Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]</b>				
amantadine hcl 50 mg/5ml syr	1	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	MIRAPEX	QL = 5 días
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	REQUIP	QL = 5 días
<i>ropinirole hcl 2 mg tab</i>	2	Preferred	REQUIP	QL = 5 días
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab</i>	4	Non-Preferred	STALEVO	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	5	Non-Preferred	STALEVO	QL = 5 días
<b>Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina]</b>				
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	1	Preferred	SINEMET	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	2	Preferred	SINEMET	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	Preferred	SINEMET CR	QL = 5 días
<b>ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIÓTICOS]</b>				
<b>Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]</b>				
<i>risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	RISPERDAL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]</b>				
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
<i>haloperidol 5 mg tab</i>	2	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
<i>haloperidol 10 mg tab</i>	3	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
<i>haloperidol 20 mg tab</i>	4	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
<b>Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]</b>				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA, QL = 5 días
<b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
<b>Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]</b>				
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
TAMIFLU 6 mg/ ml susp	5	Non-Preferred		
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]</b>				
<b>Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]</b>				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
<b>Anticoagulants [Anticoagulantes]</b>				
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	COUMADIN	QL = 5 días
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	2	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln	8	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
<b>Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]</b>				
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, QL = 5 días, P
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, QL = 5 días, P
<b>Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas]</b>				
cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	PLETAL	QL = 5 días
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	1	Preferred	PLAVIX	QL = 5 días
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]</b>				
<b>Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]</b>				
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días
sotalol hcl (af) 120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
<b>Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]</b>				
quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL = 5 días
quinidine gluconate er 324 mg tab er	2	Preferred	QUINAGLUTE	QL = 5 días
quinidine sulfate er 300 mg tab er	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto, mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]</b>				
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	2	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	3	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
<b>Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]</b>				
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	1	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	2	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	3	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
<b>Antiarrhythmics Type Iii [Antiarrítmicos Tipo Iii]</b>				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	QL = 5 días
<b>Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]</b>				
<i>digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	QL = 5 días
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	ISORDIL	QL = 5 días
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	QL = 5 días
<i>NITROSTAT 0.3 mg tab sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub</i>	1	Preferred		QL = 5 días
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]</b>				
<b>Antifungals [Antifungales]</b>				
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	QL = 5 días
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp, 100000 unit/ml crm</i>	1	Preferred	NYSTATIN	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>				
<b>Pediculicides And Scabicides [Pediculicidas Y Escabicidas]</b>				
<i>permethrin 5 % crm</i>	3	Preferred	ELIMITE	QL = 5 días
<b>Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos]</b>				
<i>mupirocin 2 % oint</i>	1	Preferred	BACTROBAN	QL = 5 días
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	1	Preferred	SILVADENE	QL = 5 días
<i>terbinafine 1% crm</i>	1	Preferred	LAMISIL	OTC, QL = 5días
<b>DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]</b>				
<b>Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares]</b>				
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días
<i>cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días
<b>Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]</b>				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	QL = 5 días
<b>Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa]</b>				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	QL = 5 días
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	QL = 5 días
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>				
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]</b>				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	QL = 5 días
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	QL = 5 días
<b>Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]</b>				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	2	Preferred	ACTIGALL	PA, QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



*[Handwritten signatures]*



## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]</b>				
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
<b>GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]</b>				
<b>Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]</b>				
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL = 3 días
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
<b>Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]</b>				
methimazole 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	QL = 5 días
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	QL = 5 días
<b>Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]</b>				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, QL = 5 días
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, QL = 5 días
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA, QL = 5 días
<b>Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina]</b>				
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
<b>Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]</b>				
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		QL = 5 días, P

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]







## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	QL = 5 días
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	QL = 5 días
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días
prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días
methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	QL = 5 días
<b>Immune Globulins [Inmunoglobulinas]</b>				
RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit	4	Preferred		
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]</b>				
<b>Aminosalicylates [Aminosalicilatos]</b>				
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		QL = 5 días, P
ASACOL HD 800 mg tab dr	6	Preferred		QL = 5 días, P
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	QL = 5 días
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
<b>Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]</b>				
vitamin d 400 unit cap	1	Preferred	VITAMIN D	QL = 5 días
<b>MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]</b>				
<b>Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]</b>				
baclofen 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	LIORESAL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	3	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
<b>Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]</b>				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	QL = 5 días
<b>OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]</b>				
<b>Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]</b>				
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	Preferred	ALPHAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	1	Preferred	TRUSOPT	QL = Frasco 10 ML/30 días
<i>levobunolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/25 días
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
<i>timolol maleate 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/30 días
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	Preferred	COSOPT	QL = 1 Frasco 5 ML/30 días
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/25 días
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	Non-Preferred	BETOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
<b>Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]</b>				
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	QL = 1 Tubo 3.5 GM/5 días
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	TOBREX	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días
<b>Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]</b>				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	QL = 1 Frasco/25 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	1	Preferred	MAXITROL	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	2	Preferred	PRED FORTE	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días
<b>OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]</b>				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	QL = 1 Frasco 15 ML/10 días
<b>Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	QL = 1 Frasco 10 ML/10 días
<b>RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]</b>				
<b>Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]</b>				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Non-Preferred	ATROVENT	QL = 5 días
<b>Antileukotrienes [Antileukotrienos]</b>				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	QL = 5 días
<b>Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]</b>				
<i>benzonatate 100 mg cap</i>	1	Preferred	TESSALON	QL = 5 días
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	QL = 5 días
<b>Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]</b>				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 Inh 60 EA/30 días, P

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 Inh 12 EA/30 días, P
FLOVENT HFA 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 Inh 10.6 EA/30 días, P
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp, 1mg/2ml inh susp</i>	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL </=12
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL </=12
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL = 1 Inh 12 EA/30 días, P
<b>Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]</b>				
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PHENERGAN	QL = 5 días
<b>Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]</b>				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb soln, 2 mg/5ml syr</i>	1	DI	ALBUTEROL	QL = 5 días
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	QL = 5 días
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	1	Preferred		QL = 1 Inh 18 EA/30 días, P



• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signatures in blue ink.*

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

<b>A</b>	
acarbose .....	19
acetaminophen-codeine .....	13
acetaminophen-codeine #2.....	13
acetaminophen-codeine #3.....	13
acetaminophen-codeine #4.....	13
acetazolamide .....	21
acetic acid.....	33
acyclovir.....	26
albuterol sulfate.....	34
allopurinol .....	20
amantadine hcl.....	24, 25, 26
amiodarone hcl.....	28
amlodipine besylate .....	21
amoxicillin .....	15
amoxicillin-pot clavulanate .....	16
ampicillin .....	16
ASACOL HD.....	31
atenolol.....	21
atenolol-chlorthalidone .....	22
atorvastatin calcium .....	29
azithromycin .....	14
<b>B</b>	
baclofen .....	31
benzonatate.....	33
benztropine mesylate .....	24
betaxolol hcl.....	32
brimonidine tartrate.....	32
bromocriptine mesylate .....	25, 30
budesonide.....	34
butalbital-apap-caffeine .....	13
<b>C</b>	
CAPASTAT SULFATE .....	24
carbamazepine.....	17
carbidopa-levodopa .....	25
carbidopa-levodopa er.....	25
carbidopa-levodopa-entacapone.....	25
carvedilol.....	23
cefaclor.....	16
cefadroxil.....	14
cefdinir.....	17
cefprozil.....	16
cephalexin.....	14
chloroquine phosphate.....	24
chlorothiazide .....	23
chlorthalidone.....	23
cholestyramine.....	29
cholestyramine light.....	29
cilostazol.....	27
ciprofloxacin .....	16
ciprofloxacin hcl .....	16
clarithromycin .....	15
clindamycin hcl.....	15
clonazepam .....	14, 17
clonidine hcl.....	20
clopidogrel bisulfate.....	27
clotrimazole .....	28
colchicine.....	20
COLCRYS .....	20
cyclobenzaprine hcl.....	32
cycloserine .....	24
<b>D</b>	
dantrolene sodium .....	32
DARAPRIM .....	24
DELZICOL.....	31
dexamethasone .....	31
diazepam .....	14
digoxin.....	28
DILANTIN .....	18
diltiazem hcl.....	21
DIURIL .....	23
divalproex sodium.....	17, 23
donepezil hcl .....	18
dorzolamide hcl.....	32
<b>E</b>	
ERYTHROCIN STEARATE.....	15
erythromycin base .....	15
erythromycin ethylsuccinate .....	15
ethambutol hcl.....	24
ethosuximide .....	18
<b>F</b>	
famotidine .....	29
flecainide acetate.....	28
FLOVENT DISKUS.....	33
FLOVENT HFA.....	34
furosemide.....	22
<b>G</b>	
gabapentin.....	17



*[Handwritten signatures]*

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

<i>gemfibrozil</i> .....	29	<i>methyldopa</i> .....	20
<i>gentamicin sulfate</i> .....	32	<i>methylprednisolone</i> .....	31
<i>glimepiride</i> .....	20	<i>metoclopramide hcl</i> .....	20
<i>glipizide</i> .....	20	<i>metolazone</i> .....	23
<i>guaifenesin-codeine</i> .....	33	<i>metoprolol succinate er</i> .....	22
<b>H</b>		<i>metoprolol tartrate</i> .....	22
<i>haloperidol</i> .....	26	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	22
<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	26, 27	<i>metronidazole</i> .....	15
<i>heparin sodium (porcine) pf</i> .....	27	<i>mexiletine hcl</i> .....	28
HUMULIN 70/30 .....	19	<i>montelukast sodium</i> .....	33
HUMULIN N .....	19	<i>mupirocin</i> .....	29
HUMULIN R .....	19	<b>N</b>	
<i>hydralazine hcl</i> .....	23	<i>nabumetone</i> .....	13
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	23	<i>naproxen</i> .....	13
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	24	<i>naproxen sodium</i> .....	13
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	14	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> .....	33
<b>I</b>		<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	33
<i>ibuprofen</i> .....	13	NEULASTA .....	27
<i>indapamide</i> .....	23	NEULASTA DELIVERY KIT .....	27
<i>indomethacin</i> .....	13	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	15
<i>ipratropium bromide</i> .....	33	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	15
<i>isoniazid</i> .....	24	<i>nitrofurantoin oral suspension</i> .....	15
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	28	NITROSTAT .....	28
<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	28	<i>nystatin</i> .....	28
<b>K</b>		<b>O</b>	
KOMBIGLYZE XR .....	19	<i>omeprazole</i> .....	30
<b>L</b>		ONGLYZA .....	19
<i>lamotrigine</i> .....	17	<i>ormir</i> .....	20
<i>lamotrigine chew tab</i> .....	17	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	26
<i>latanoprost</i> .....	32	<i>oxcarbazepine</i> .....	17, 18
<i>levetiracetam</i> .....	17, 18	<b>P</b>	
<i>levetiracetam er 24 hrs</i> .....	17	<i>penicillin v potassium</i> .....	16
<i>levobunolol hcl</i> .....	32	<i>permethrin</i> .....	29
<i>levofloxacin</i> .....	16	<i>pharbedryl</i> .....	20
<i>lidocaine viscous</i> .....	14	<i>phenazopyridine hcl</i> .....	30
<i>lisinopril</i> .....	21	<i>phenobarbital</i> .....	17, 18
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	21	<i>phenytoin</i> .....	18
<i>lorazepam</i> .....	14	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	18
<i>losartan potassium</i> .....	21	<i>pioglitazone hcl</i> .....	19
<i>losartan potassium-hctz</i> .....	21	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	25
<b>M</b>		<i>prednisolone acetate</i> .....	33
MACRODANTIN .....	15	<i>prednisone</i> .....	31
MESTINON .....	24	<i>prednisone (pak)</i> .....	31
<i>metformin hcl</i> .....	19	<i>primidone</i> .....	18
<i>methimazole</i> .....	30	<i>probenecid</i> .....	20



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

<i>prochlorperazine</i> .....	20	<i>sotalol hcl (af)</i> .....	27
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	20	<i>spironolactone</i> .....	22
<i>promethazine hcl</i> .....	34	<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i> .....	16
<i>propafenone hcl</i> .....	28	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	17
<i>propranolol hcl</i> .....	22, 27	<i>sulfasalazine</i> .....	31
<i>propylthiouracil</i> .....	30	SYNTHROID .....	30
<i>pyrazinamide</i> .....	24	T	
<i>pyridostigmine</i> .....	24	TAMIFLU .....	26
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	23	<i>temazepam</i> .....	14
Q		<i>terazosin hcl</i> .....	21, 26
<i>quinidine gluconate er</i> .....	27	<i>terbutaline sulfate</i> .....	34
<i>quinidine sulfate</i> .....	27	<i>timolol maleate</i> .....	32
<i>quinidine sulfate er</i> .....	27	<i>tobramycin</i> .....	32
<i>quinine sulfate</i> .....	24	<i>topiramate</i> .....	18, 23
R		<i>tramadol hcl</i> .....	13
<i>ranitidine hcl</i> .....	29	<i>trazodone hcl</i> .....	19
RHOGAM .....	31	TRECATOR .....	24
<i>RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit</i> .....	31	<i>triamterene-hctz</i> .....	22
<i>rifabutin</i> .....	24	<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	20
RIFAMATE .....	24	U	
<i>rifampin</i> .....	24	<i>ursodiol</i> .....	29
<i>risperidone</i> .....	25	V	
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	18	<i>valganciclovir hcl</i> .....	26
<i>ropinirole hcl</i> .....	25	<i>valproic acid</i> .....	18
S		VENTOLIN HFA .....	34
<i>salsalate</i> .....	13	<i>verapamil hcl</i> .....	21
<i>selegiline hcl</i> .....	19	<i>vitamin d</i> .....	31
SENSIPAR .....	30	W	
<i>silver sulfadiazine</i> .....	29	<i>warfarin sodium</i> .....	26
<i>simvastatin</i> .....	29	Z	
<i>sotalol hcl</i> .....	27	<i>zonisamide</i> .....	18



*[Handwritten signature]*

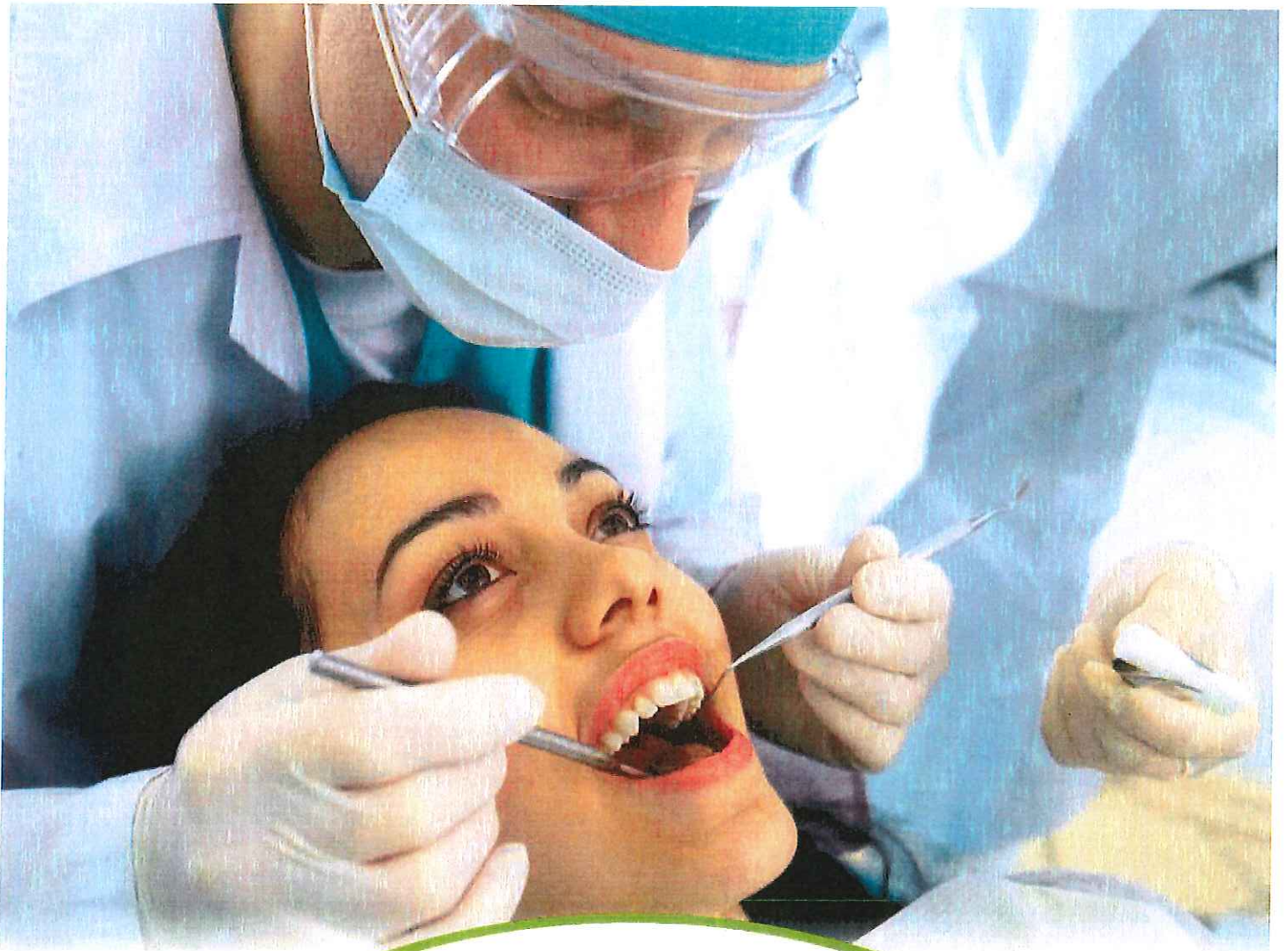
*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





**ASES**

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



# Dental

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSG

*Handwritten signatures in blue ink.*



15-107-04



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
**Administración de Seguros de Salud**

Hon. Ricardo A. Rosselló Novares  
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,

  
Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva







## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.



- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o “PBM”) contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán registrarse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.



- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su medico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### 4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen.

Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



**PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO**

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)  
2017**

**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	7
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL.....	7
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	8
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	9
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	9
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración].....	9
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS].....	9
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación].....	9
Macrolides [Macrólidos].....	9
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos].....	10
Penicillins [Penicilinas].....	10

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid)s [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:

*[Handwritten signatures]*

1	menos de \$20	<b>Menos costoso mensualmente</b>
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	<b>Más costoso mensualmente</b>

**Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.**

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

### MEDICAMENTOS GENÉRICOS

**Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas.** Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.

*[Handwritten signature]*

*A.H.A.*





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=7 días
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=7 días
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=7 días
<b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]</b>				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días
<i>acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	1	Preferred	VICODIN	QL=7 días
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]</b>				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>	3	Preferred		

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
<b>Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
<b>Penicillins [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	

*[Handwritten Signature]*

*[Handwritten Signature]*



**A**

*acetaminophen-codeine*..... 9  
*acetaminophen-codeine #2* ..... 9  
*acetaminophen-codeine #3* ..... 9  
*acetaminophen-codeine #4* ..... 9  
*amoxicillin* .....10  
*ampicillin* .....10

**C**

*cefadroxil*..... 9  
*cephalexin*..... 9  
*clindamycin hcl* .....10

**E**

E.E.S. GRANULES .....10  
 ERYPED 200.....10  
 ERYPED 400.....10

ERY-TAB .....10  
 ERYTHROCIN STEARATE.....10  
*erythromycin base* .....10  
*erythromycin ethylsuccinate* .....10

**H**

*hydrocodone-acetaminophen* ..... 9

**I**

*ibuprofen*..... 9

**N**

*naproxen*..... 9  
*naproxen dr.*..... 9

**P**

*penicillin v potassium* .....10

*[Handwritten signature]*

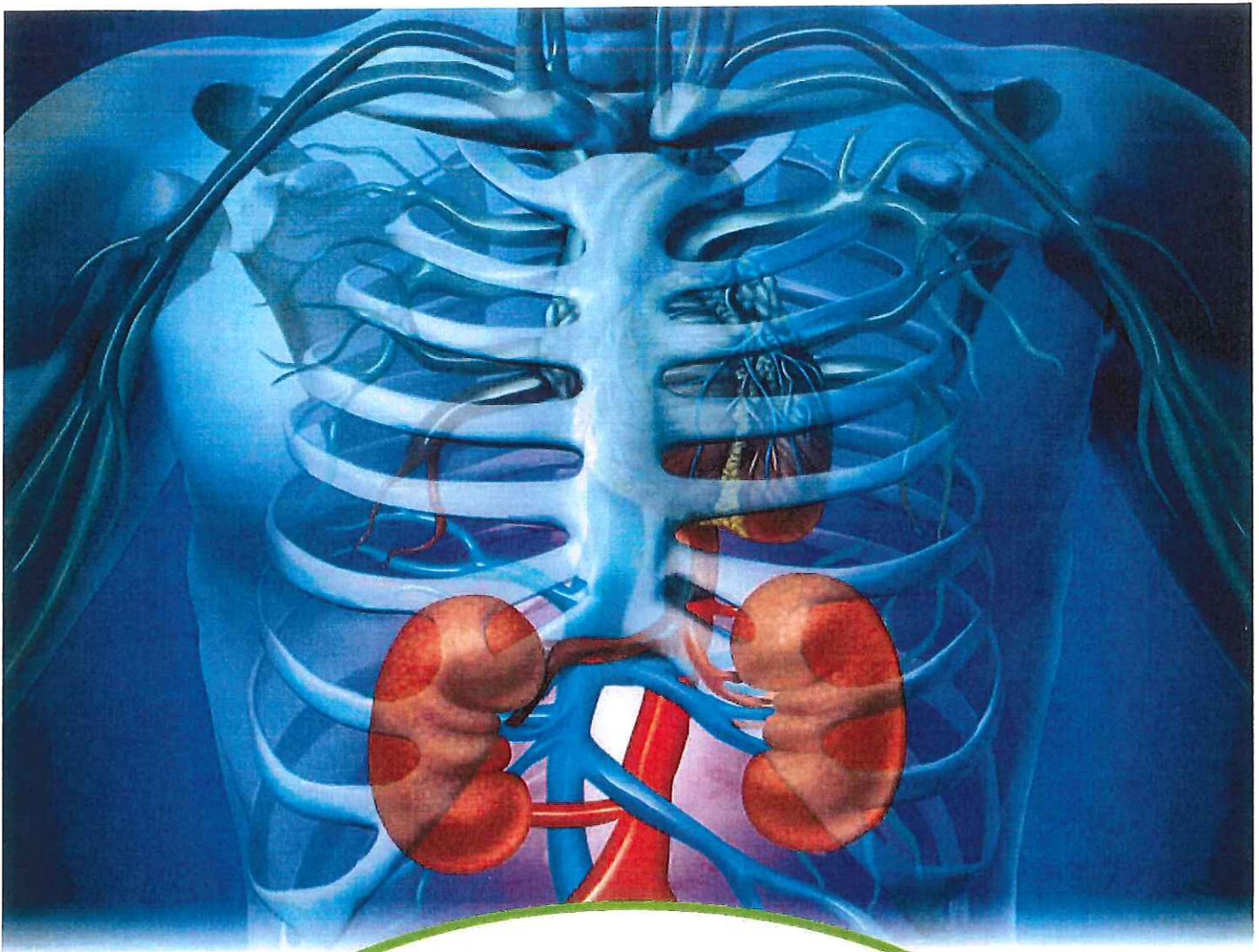
*A.H.H.*



A.A.A.

*[Handwritten signature]*





**ASES**

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

# Nefrología

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSG



15-107-08



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares  
Gobernador

Sra. Ángela M. Ávila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,



Ángela M. Ávila Marrero  
Directora Ejecutiva



## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.



- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o “PBM”) contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.





- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su medico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### 4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen.

Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.





NEFROLOGIA

PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA..... 3

DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)..... 3

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017..... 9

    RANGO DE COSTO NETO MENSUAL ..... 9

    MEDICAMENTOS GENÉRICOS..... 10

ANALGESICS [ANALGÉSICOS]..... 11

    Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] ..... 11

ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] ..... 11

    First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] ..... 11

    Macrolides [Macrólidos] ..... 11

    Penicillins [Penicilinas]..... 12

    Quinolones [Quinolonas] ..... 12

    Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación] ..... 13

    Sulfonamides [Sulfonamidas] ..... 13

    Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación] ..... 13

ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]..... 13

    Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa] ..... 13

    Biguanides [Biguanidas] ..... 13

    Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4] ..... 13

    Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas] ..... 13

    Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin] ..... 14

    Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia] ..... 14

    Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración] ..... 14

    Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración] ..... 14

    Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración] ..... 14

    Sulfonylureas [Sulfonilureas] ..... 14



ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] .....	14
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	14
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS].....	15
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	15
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin] .....	15
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio] .....	15
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos] .....	16
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] .....	16
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa] .....	17
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	17
Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos No-Selectivos] .....	17
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas] .....	17
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores] .....	17
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA] .....	17
Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa1-Adrenérgicos].....	17
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .....	18
Cobalamins [Cobalaminas] .....	18
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis].....	18
Folates [Folatos] .....	18
Iron [Hierro] .....	19
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] .....	19
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina] .....	19
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES] .....	19
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas].....	19
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	19
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares] .....	19
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico].....	19
Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa] .....	19
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	19
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2] .....	19
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS].....	20
Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato].....	20

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



NEFROLOGIA

HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] ..... 20  
    Calcimimetics [Calcimiméticos] ..... 20  
    Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] ..... 20  
    Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina] ..... 20  
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] ..... 20  
    Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina] ..... 20  
    Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] ..... 21  
    Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes] ..... 21  
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS] ..... 22  
    Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] ..... 22  
    Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo De Electrolitos/Minerales] ..... 22  
    Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras De Potasio] ..... 22

*[Handwritten signature]*

*A.H.A.*



**DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017**

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
indomethacin er 75 mg cap er	2	Non-Preferred	INDOCIN	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]</b>				
cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	1	Preferred	KEFLEX	
cefadroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
cephalexin 250 mg/5ml susp	2		KEFLEX	
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

**RANGO DE COSTO NETO MENSUAL**

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:



1	menos de \$20	<b>Menos costoso mensualmente</b>
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	<b>Más costoso mensualmente</b>



Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

### MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas. Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]</b>				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2		KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
<i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>	3	Preferred		
<i>Xiycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
<i>ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab</i>	4	Non-Preferred		
<i>E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp</i>	5	Preferred		
<i>ERYPED 200 200 mg/5ml susp</i>	5	Preferred		

*WJF*      *A.H.A.*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
<b>Penicillins [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Non-Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	Preferred	CIPRO	

*[Handwritten signature]*

*A.H.A.H.*





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
<b>Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]</b>				
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<b>Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]</b>				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	
<b>ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]</b>				
<b>Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]</b>				
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	Preferred	PRECOSE	
<b>Biguanides [Biguanidas]</b>				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE XR	
<b>Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4]</b>				
<i>KOMBIGLYZE XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr</i>	3	Preferred		ST, P
<i>ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	3	Preferred		ST, P
<b>Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]</b>				
<i>HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp</i>	2	Preferred		P

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		P
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		P
<b>Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]</b>				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	
<b>Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]</b>				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		P
<b>Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]</b>				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	2	Preferred		P
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		P
<b>Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]</b>				
HUMALOG 100 unit/ml subcutaneous solution cartridge	2	Preferred		P
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		P
<b>Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]</b>				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		P
<b>Sulfonylureas [Sulfonilureas]</b>				
<i>glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	AMARYL	
<i>glipizide 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOTROL	
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]</b>				
<b>Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]</b>				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
<b>Angiotensin II Receptor Blockers (Arb) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]</b>				
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	COZAAR	
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	HYZAAR	
<b>Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin]</b>				
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MONOPRIL	
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTRIL	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	
<b>Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]</b>				
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NORVASC	
<i>diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab</i>	1	Preferred	CARDIZEM	
<i>diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	

*Handwritten signature*

*Handwritten initials*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	PROCARDIA XL	
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	CALAN	
<i>verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er</i>	1	Preferred	CALAN SR	
<i>diltiazem hcl er beads 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr, 360 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	PROCARDIA XL	
<b>Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	LOPRESSOR	
<b>Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]</b>				
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Non-Preferred	BUMEX	
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	
<b>Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
<b>Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos No-Selectivos]</b>				
<b>Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]</b>				
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	DIURIL	
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Non-Preferred	HYGROTON	
<i>DIURIL 250 mg/5ml susp</i>	1	Preferred		
<i>hydrochlorothiazide 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Non-Preferred	ZAROXOLYN	
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	HYGROTON	
<i>metolazone 10 mg tab</i>	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	
<b>Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]</b>				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]</b>				
<b>Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa1-Adrenérgicos]</b>				
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	Preferred	FLOMAX	

*WJG*

*A.H.A.H.*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
<b>Cobalamins [Cobalaminas]</b>				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
<b>Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]</b>				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, P
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
<b>Folates [Folatos]</b>				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Iron [Hierro]</b>				
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5			
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>				
<b>Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progesterina]</b>				
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	Preferred	MEGACE	
<b>DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]</b>				
<b>Needles &amp; Syringes [Agujas Y Jeringuillas]</b>				
<i>insulin syringe/needle</i>	1	Preferred		
<b>DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]</b>				
<b>Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares]</b>				
<i>cholestyramine 4 gm pkt, 4 gm/dose oral pwr</i>	3	Preferred	QUESTAN	
<b>Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]</b>				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	
<b>Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa]</b>				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Non-Preferred	PRAVACHOL	
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PRAVACHOL	
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>				
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]</b>				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	
<b>GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]</b>				
<b>Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato]</b>				
RENVELA 0.8 gm pckt	6	Preferred		PA, P
RENVELA 2.4 gm pckt, 800 mg tab	7	Preferred		PA, P
<i>calcium acetate 667 mg cap.</i>	3	Non-Preferred	PHOSLO	
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
<b>Calcimimetics [Calcimiméticos]</b>				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA
<b>Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]</b>				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
<b>Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina]</b>				
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln</i>	2	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	3	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Non-Preferred		PA
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]</b>				
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	PA, P
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	PA
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		PA, P

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	PA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln</i>	4	Preferred	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	5	Preferred	SANDIMMUNE	PA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap</i>	5	Preferred	NEORAL	PA, P
NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		PA, P
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	PA, P
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap	6	Preferred		PA, P
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	7	Preferred	NEORAL	PA, P
NEORAL 100 mg/ml soln	7	Preferred		PA, P
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	
<b>Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]</b>				
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMURAN	



*[Handwritten signature]*

*A.H.H.*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>mycophenolate mofetil 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	3	Non-Preferred	PROGRAF	PA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		PA, P
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>mycophenolic acid 180 mg tab dr</i>	5	Preferred	MYFORTIC	PA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6			PA, P
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>	7	Preferred	MYFORTIC	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		PA
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
<b>Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]</b>				
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	1	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 1 mcg/ml soln</i>	5	Preferred	ROCALTROL	
<b>Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo De Electrolitos/Minerales]</b>				
<i>potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln</i>	1	Preferred	KAY-CIEL	
<i>potassium chloride crys er 10 meq tab er, 20 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq tab er, 8 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er</i>	2	Preferred	MICRO-K	
<i>potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral liquid</i>	4	Preferred	KAON CL	
<b>Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras De Potasio]</b>				
<i>kalexate oral pwdr</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral pwdr, 15 gm/60ml susp</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	



*WFB*

*A.H.H.*



<b>A</b>		<b>E</b>	
acarbose .....	13	E.E.S. GRANULES .....	11
amlodipine besylate .....	15	ERYPED 200 .....	11
amoxicillin .....	12	ERYPED 400 .....	12
amoxicillin-pot clavulanate .....	12	ERY-TAB .....	11
ampicillin .....	12	ERYTHROCIN STEARATE .....	11
ARANESP (ALBUMIN FREE) .....	18	erythromycin base .....	11
atenolol .....	16	erythromycin ethylsuccinate .....	11
atenolol-chlorthalidone .....	16		
atorvastatin calcium .....	19	<b>F</b>	
azathioprine .....	21	famotidine .....	19
azithromycin .....	11	fludrocortisone acetate .....	20
		folic acid .....	18
<b>B</b>		fosinopril sodium .....	15
BICILLIN L-A .....	12	furosemide .....	17
bumetanide .....	17		
		<b>G</b>	
<b>C</b>		gemfibrozil .....	19
calcitriol .....	22	glimepiride .....	14
calcium acetate .....	20	glipizide .....	14
carvedilol .....	17		
cefaclor .....	13	<b>H</b>	
cefadroxil .....	11	HUMALOG .....	14
cefdinir .....	13	HUMALOG MIX 50/50 .....	14
cefprozil .....	13	HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp .....	14
cephalexin .....	11	HUMALOG MIX 75/25 .....	14
chlorothiazide .....	17	HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp .....	14
chlorthalidone .....	17	HUMULIN 70/30 .....	13
cholestyramine .....	19	HUMULIN N .....	14
ciprofloxacin .....	12, 13	HUMULIN R .....	14
ciprofloxacin hcl .....	12	hydrochlorothiazide .....	17
clarithromycin .....	11	hydrocortisone .....	21
cyanocobalamin .....	18		
cyclosporine .....	21	<b>I</b>	
cyclosporine modified .....	20, 21	indomethacin .....	11
		INFED .....	19
<b>D</b>		insulin syringe/needle .....	19
desmopressin ace spray refrig .....	20	iron .....	19
desmopressin acetate .....	20		
desmopressin acetate spray .....	20	<b>K</b>	
dexamethasone .....	21	kalexate .....	22
DEXFERRUM .....	19	KOMBIGLYZE XR .....	13
diltiazem hcl .....	15		
diltiazem hcl er .....	15	<b>L</b>	
diltiazem hcl er beads .....	15, 16	LANTUS .....	14
diltiazem hcl er coated beads .....	15, 16		
dilt-xr .....	15		
DIURIL .....	17		

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

LANTUS SOLOSTAR .....14  
 levofloxacin .....12  
 lisinopril .....15  
 lisinopril-hydrochlorothiazide .....15  
 losartan potassium .....15  
 losartan potassium-hctz .....15

**M**

MEDROL .....21  
 megestrol acetate .....19  
 metformin hcl .....13  
 metformin hcl er .....13  
 methylprednisolone .....21  
 methylprednisolone (pak) .....21  
 metoclopramide hcl .....14  
 metolazone .....17  
 metoprolol succinate er .....16  
 metoprolol tartrate .....16  
 metoprolol-hydrochlorothiazide .....16  
 mycophenolate mofetil .....22  
 mycophenolic acid .....22

**N**

NEORAL ..... 20, 21  
 nifedipine er osmotic .....16

**O**

ONGLYZA .....13

**P**

penicillin g procaine .....12  
 penicillin v potassium .....12  
 pioglitazone hcl .....14

potassium chloride .....22  
 potassium chloride crys er .....22  
 potassium chloride er .....22  
 pravastatin sodium .....19  
 prednisolone .....21  
 prednisone .....21  
 prednisone (pak) .....21  
 PROCRIT .....18  
 propranolol hcl .....17

**R**

ranitidine hcl .....20  
 RAPAMUNE .....22  
 RENVELA .....20

**S**

SANDIMMUNE .....21  
 SENSIPAR .....20  
 simvastatin .....19  
 sirolimus .....22  
 sodium polystyrene sulfonate .....22  
 STIMATE .....20  
 sulfamethoxazole-tmp ds .....13  
 sulfamethoxazole-trimethoprim .....13

**T**

tacrolimus .....22  
 tamsulosin hcl .....17  
 terazosin hcl .....15

**V**

verapamil hcl .....16  
 verapamil hcl er .....16



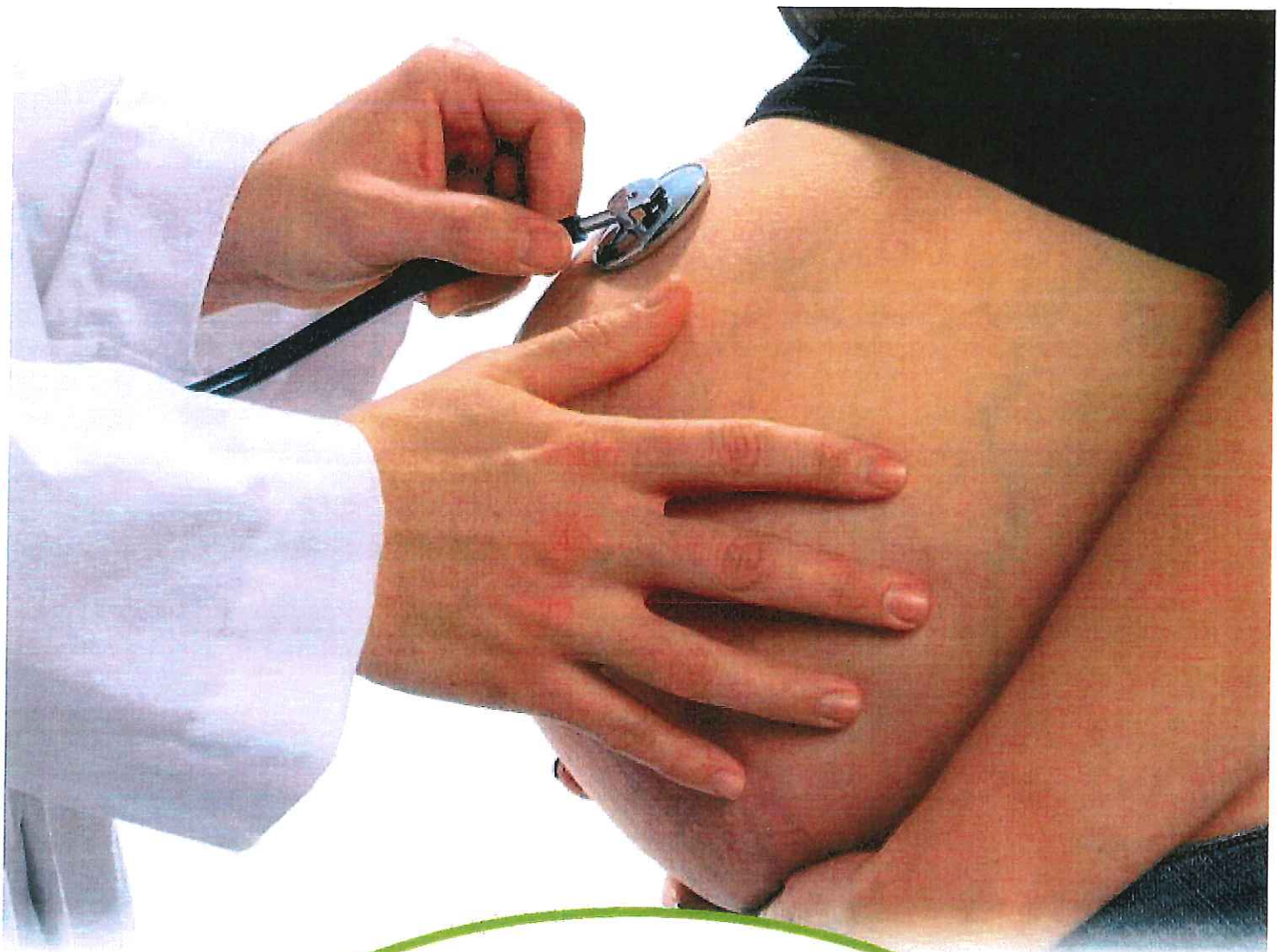
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

*A.H.A.H.*



# ObGyn

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

*[Handwritten signatures]*



15-104-05



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares  
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,

  
Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva







## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o “PBM”) contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.

*[Handwritten signature]*

*A.H.A.*



- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### 4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen.

Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



**PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO**

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)  
 2017**

**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	9
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL.....	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	10
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA].....	11
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	11
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración].....	11
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD].....	11
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos].....	11
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS].....	11
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación].....	11
Macrolides [Macrólidos].....	11
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos].....	12
Penicillins [Penicilinas].....	12
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación].....	13
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	13
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación].....	13
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales].....	13
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS].....	14
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas].....	14
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia].....	14
Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración].....	14
Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración].....	14
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración].....	14
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS].....	14

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	14
Phenothiazines [Fenotiazinas] .....	15
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS].....	15
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos] .....	15
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos] .....	15
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] .....	15
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	16
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores] .....	16
Vasodilators [Vasodilatadores] .....	16
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS] .....	16
Antituberculars [Antituberculosos] .....	16
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos] .....	16
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS] .....	16
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales] .....	16
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS].....	17
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríricos] .....	17
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] .....	17
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....	17
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza] .....	17
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa].....	17
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .....	17
Anticoagulants [Anticoagulantes] .....	17
Cobalamins [Cobalaminas] .....	17
Folates [Folatos] .....	18
Iron [Hierro] .....	18
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA] .....	18
Bisphosphonates [Bifosfonatos].....	18
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] .....	18
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico] .....	18
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh].....	18
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] .....	18
Antihistamines [Antihistamínicos] .....	18

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Topical Antifungals [Antifungales Tópicos].....	19
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES] .....	19
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas].....	19
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES] .....	19
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras].....	19
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2] .....	19
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales] .....	19
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] .....	19
Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea] .....	19
Estrogens [Estrógenos] .....	20
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas] .....	20
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	20
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] .....	20
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	20
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal] .....	20
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....	21
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	21
Immune Globulins [Inmunoglobulinas].....	21
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	22
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales] .....	22
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	22
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos] .....	22
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	22
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 No-Sedantes].....	22
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamina1] .....	23
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos].....	23

JCB

A.H.H.



## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides De Corta Duración]</b>				
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	PERCOCET	
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	3	Preferred	PERCOCET	
<b>ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]</b>				
<b>Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]</b>				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:


1	menos de \$20	<b>Menos costoso mensualmente</b>
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	<b>Más costoso mensualmente</b>



Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

### MEDICAMENTOS GENÉRICOS

**Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas.** Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides De Corta Duración]</b>				
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	3	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
<b>ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]</b>				
<b>Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]</b>				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]</b>				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>	3	Preferred		
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
<i>ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab</i>	4	Non-Preferred		



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signatures in blue ink.*






Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
<b>Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	FLAGYL	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	1	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACROBID	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML</i>	6	Non-Preferred	FURADANTIN	
<b>Penicillins [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, , 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]


Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Non-Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
<b>Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]</b>				
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<b>Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]</b>				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	
<b>Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]</b>				
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	VANDAZOLE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Preferred	CLEOCIN	
<b>ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]</b>				
<b>Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]</b>				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		P
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		P
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		P
<b>Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]</b>				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		P
<b>Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]</b>				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	3	Preferred		P
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		P
<b>Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]</b>				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	4	Preferred		P
<b>Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]</b>				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		P
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	Preferred	TIGAN	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Phenothiazines [Fenotiazinas]</b>				
<i>prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
<b>ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]</b>				
<b>Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]</b>				
<i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ALDOMET	
<b>Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	LOPRESSOR	
<b>Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signatures]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]</b>				
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	
<b>Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]</b>				
carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	1	Preferred	COREG	
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
<b>Antituberculars [Antituberculosos]</b>				
isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	ISONIAZID	
rifampin 150 mg cap	1	Preferred	RIFADIN	
ethambutol hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
rifampin 300 mg cap	2	Preferred	RIFADIN	
ethambutol hcl 400 mg tab	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
isoniazid 50 mg/5ml syr	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
rifabutin 150 mg cap	6	Preferred	MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
<b>Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]</b>				
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	
<b>ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]</b>				
<b>Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]</b>				
terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm	2	Preferred	TERAZOL	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>				
<b>Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos]</b>				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Preferred		PA
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
<b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	
<b>Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]</b>				
RELENZA DISKHALER 5 mg/blister inh aer pwdr	3	Preferred		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
TAMIFLU 6 mg/ ml susp	5	Non-Preferred		
<b>Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]</b>				
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	2	Non-Preferred	RETROVIR	
<i>zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr</i>	4	Non-Preferred	RETROVIR	
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
<b>Anticoagulants [Anticoagulantes]</b>				
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	2	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	8	Preferred	HEPARIN	
<b>Cobalamins [Cobalaminas]</b>				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Folates [Folatos]</b>				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
<b>Iron [Hierro]</b>				
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		
<b>BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]</b>				
<b>Bisphosphonates [Bifosfonatos]</b>				
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	1	Preferred	FOSAMAX	
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>				
<b>Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]</b>				
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</i>	9	Non-Preferred	LEUCOVORIN	
<b>Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]</b>				
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA, P
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>				
<b>Antihistamines [Antihistamínicos]</b>				
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ATARAX	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signatures]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]</b>				
<i>clotrimazole 1 % crm</i>	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC ( <i>crm</i> )
<i>nystatin 100000 unit/gm oint</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<b>DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]</b>				
<b>Needles &amp; Syringes [Agujas Y Jeringuillas]</b>				
<i>insulin syringe/needle</i>	1	Preferred		
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>				
<b>Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]</b>				
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]</b>				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	
<b>Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]</b>				
<i>hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm</i>	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
<i>pramcort 1-1 % rect crm</i>	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
<b>Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea]</b>				
<i>medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROVERA	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	Preferred	ARANELLE	PA
CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
ELINEST 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Estrogens [Estrógenos]</b>				
<i>estradiol 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	ESTRACE	
<i>estropipate 0.75 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	ESTROPIPATE	
<i>estropipate 3 mg tab</i>	2	Preferred	ESTROPIPATE	
<b>Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]</b>				
<i>estradiol-norethindrone acet 1-0.5 mg tab</i>	4	Non-Preferred	ACTIVELLA	
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
<i>betamethasone sod phos &amp; acet 6 (3-3) mg/ml inj susp</i>	2	Preferred	CELESTONE	
<b>Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]</b>				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
<b>Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]</b>				
<i>levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab</i>	1	Preferred	SYNTHROID	
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		
<b>Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]</b>				
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
<i>dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DECADRON	
KENALOG 10 mg/ml inj susp	1	Non-Preferred		
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	
KENALOG 40 mg/ml inj susp	5	Non-Preferred		
<b>Immune Globulins [Immunoglobulinas]</b>				
<i>RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit</i>	4	Preferred		



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
<b>Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]</b>				
<i>prenatal tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
<b>RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]</b>				
<b>Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]</b>				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Non-Preferred	ATROVENT	
<b>Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]</b>				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, P
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, P
ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr	4	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST, P
ADVAIR HFA 115-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST, P
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp,</i>	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, P
ADVAIR DISKUS 500-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST, P
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST, P
<b>Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 No-Sedantes]</b>				
<i>loratadine 10 mg tab</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]</b>				
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
<b>Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]</b>				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb soln</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	1	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, P



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signatures]*

<b>A</b>		ERY-TAB .....	11
acyclovir .....	17	ERYTHROCIN STEARATE .....	11
ADVAIR DISKUS .....	25, 26	<i>erythromycin base</i> .....	11
ADVAIR HFA .....	25, 26	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	11
albuterol sulfate .....	26	estradiol .....	21
alendronate sodium .....	19	estradiol-norethindrone acet. ....	22
alyacen 1/35 .....	21	estropipate .....	21, 22
amoxicillin .....	12	ethambutol hcl .....	16
amoxicillin-pot clavulanate .....	12, 13	<b>F</b>	
ampicillin .....	12	<i>famotidine</i> .....	20
atenolol .....	15	FLOVENT DISKUS .....	25
atenolol-chlorthalidone .....	15	FLOVENT HFA .....	25
azithromycin .....	11	fludrocortisone acetate .....	22
		folic acid .....	18
<b>B</b>		<b>H</b>	
betamethasone sod phos & acet. ....	22	heparin sodium (porcine) .....	18
BICILLIN L-A .....	13	heparin sodium (porcine) pf .....	18
budesonide .....	25	HUMALOG .....	14
<b>C</b>		HUMALOG MIX 50/50 .....	14
CARAFATE .....	20	HUMALOG MIX 75/25 .....	14
carvedilol .....	16	HUMULIN 70/30 .....	14
cefactor .....	13	HUMULIN N .....	14
cefdinir .....	13	HUMULIN R .....	14
cefprozil .....	13	<i>hydralazine hcl</i> .....	16
cephalexin .....	11	hydrocortisone .....	24
clindamycin hcl .....	12	hydrocortisone ace-pramoxine .....	21
clindamycin phosphate .....	14	hydroxyzine hcl .....	20
clotrimazole .....	20	hydroxyzine pamoate .....	11
CRYSSELLE-28 .....	21	<b>I</b>	
cyanocobalamin .....	18	INFED .....	19
<b>D</b>		insulin syringe/needle .....	20
dapsone .....	17	ipratropium bromide .....	25
dexamethasone .....	23	iron .....	19
dexamethasone sodium phosphate .....	23	isoniazid .....	16
DEXFERRUM .....	19	<b>K</b>	
<b>E</b>		KENALOG .....	23, 24
E.E.S. GRANULES .....	12	<b>L</b>	
ELINEST .....	21	LANTUS .....	14
ERYPED 200 .....	12	LANTUS SOLOSTAR .....	14
ERYPED 400 .....	12		



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signatures in blue ink.*

<i>leucovorin calcium</i> .....	19
<i>levothyroxine sodium</i> .....	22
<i>lorafadine</i> .....	26
LOW-OGESTREL.....	21
LUPRON DEPOT.....	19

**M**

MACRODANTIN.....	12
MEDROL.....	23
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	21
<i>methylidopa</i> .....	15
<i>methylprednisolone</i> .....	23, 24
<i>methylprednisolone (pak)</i> .....	24
<i>metoclopramide hcl</i> .....	14
<i>metoprolol succinate er</i> .....	15
<i>metoprolol tartrate</i> .....	15
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	15
<i>metronidazole</i> .....	12, 13

**N**

NEBUPENT.....	17
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	12
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	12
<i>nitrofurantoin oral suspension</i> .....	12
<i>nystatin</i> .....	20

**O**

<i>oseltamivir phosphate</i> .....	17
<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	11

**P**

<i>penicillin g procaine</i> .....	13
<i>penicillin v potassium</i> .....	13
<i>pramcort</i> .....	21
<i>prednisolone</i> .....	24
<i>prednisone</i> .....	24
<i>prednisone (pak)</i> .....	24

<i>pre-natal formula</i> .....	24
<i>prochlorperazine</i> .....	15
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	15
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	15
<i>promethazine hcl</i> .....	26
<i>propranolol hcl</i> .....	16

**R**

<i>ranitidine hcl</i> .....	21
RELENZA DISKHALER.....	17
<i>RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit</i> .....	24
<i>rifabutin</i> .....	16
RIFAMATE.....	17
<i>rifampin</i> .....	16

**S**

<i>sucralfate</i> .....	20
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i> .....	13
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	13
SYNTHROID.....	23

**T**

TAMIFLU.....	18
<i>terbutaline sulfate</i> .....	26
<i>terconazole</i> .....	17
TRECTOR.....	17
<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	14

**V**

VAGIFEM.....	23
VENTOLIN HFA.....	26

**Z**

<i>zidovudine</i> .....	18
ZOLADEX.....	20



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

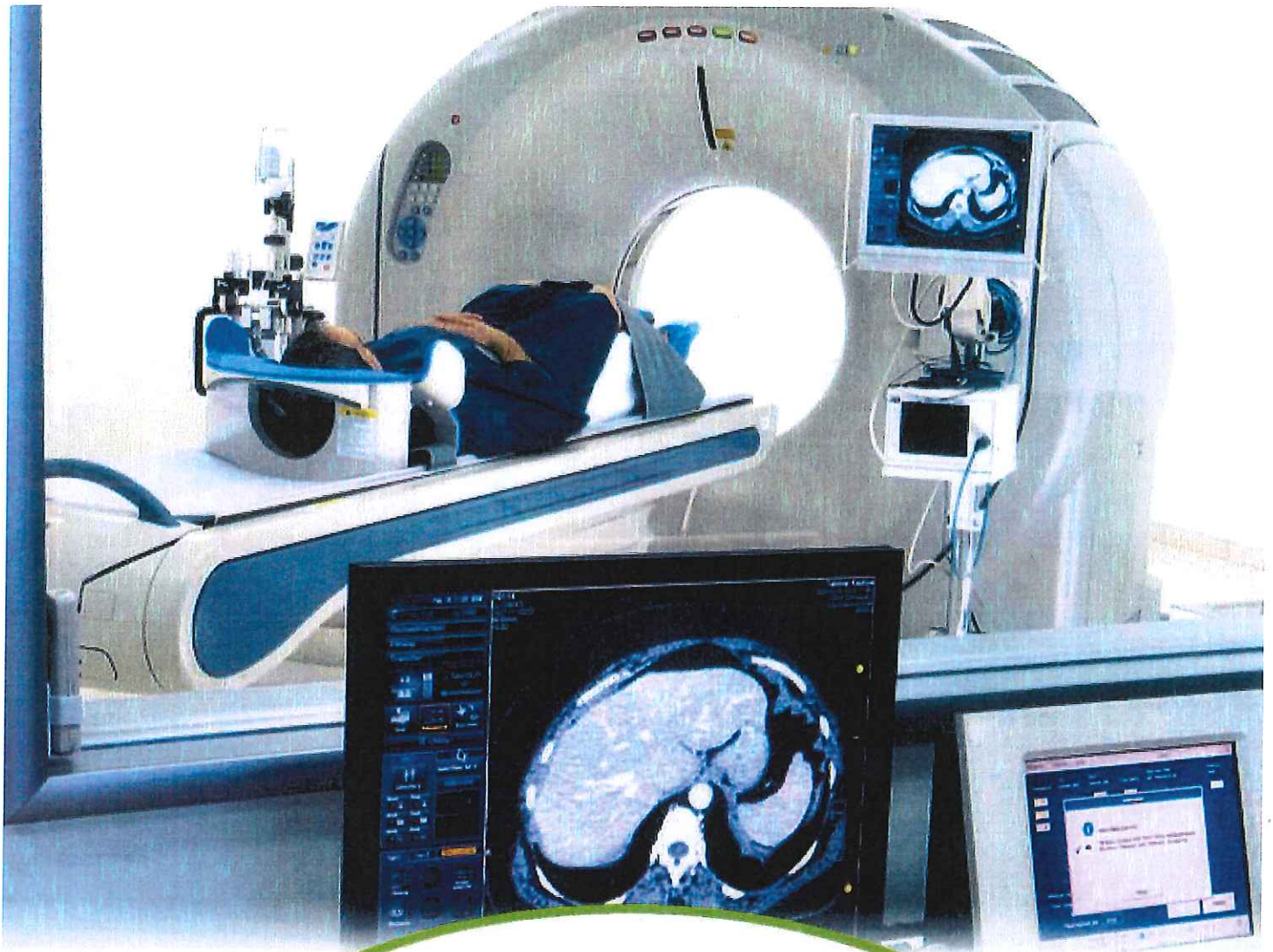
*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



*[Handwritten signature]*

*A.H.A.H.*



# Oncología

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



15-107-09





**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
**Administración de Seguros de Salud**

Hon. Ricardo A. Rosselló Novares  
Gobernador

Sra. Angela M. Ávila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,



Angela M. Ávila Marrero  
Directora Ejecutiva



## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.



- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o “PBM”) contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.



- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### 4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen.

Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



**PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO**

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)  
 2017**

**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	9
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL .....	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	10
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA].....	11
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	11
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDS) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] .....	11
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración].....	11
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración] .....	12
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS].....	13
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	13
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .....	13
Macrolides [Macrólidos].....	13
Penicillins [Penicilinas].....	14
Quinolones [Quinolonas] .....	15
Sulfonamides [Sulfonamidas] .....	15
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] .....	15
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes] .....	15
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] .....	16
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3] .....	16
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	16
Phenothiazines [Fenotiazinas].....	16
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	16



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos] .....	16
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS] .....	17
Antifungals [Antifungales] .....	17
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] .....	17
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....	17
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .....	17
Cobalamins [Cobalaminas] .....	17
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides] .....	17
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis] .....	17
Folates [Folatos] .....	18
Iron [Hierro] .....	18
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] .....	19
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes] .....	19
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis] .....	19
Antiandrogens [Antiandrógenos] .....	19
Antiestrogens [Antiestrógenos] .....	19
Antimetabolites [Antimetabolitos] .....	19
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores De Enzimas] .....	19
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina] .....	20
Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa] .....	20
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico] .....	20
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh] .....	20
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos] .....	21
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos] .....	21
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] .....	21
Antifungals [Antifungales] .....	21
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] .....	21
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel] .....	21
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES] .....	21
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras] .....	21
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2] .....	21
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones] .....	22

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] ..... 22  
    Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] ..... 22  
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] ..... 22  
    Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]..... 22  
    Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] ..... 23  
    Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]..... 23  
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]..... 24  
    Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]..... 24



*Handwritten signature in blue ink.*

*Handwritten signature in blue ink.*

## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGESICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:

<b>1</b>	<b>menos de \$20</b>	<b>Menos costoso mensualmente</b>
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
<b>25</b>	<b>más de \$9,000</b>	<b>Más costoso mensualmente</b>



Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

### MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas. Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<b>Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración]</b>				
<i>fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	Preferred	DURAGESIC	
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	2	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
<i>fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	3	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	3	Preferred	MORPHINE	
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	3	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	4	Preferred	DURAGESIC	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	4	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	Preferred	MORPHINE	
<b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides De Corta Duración]</b>				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills
<i>acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 7.5-500 mg/15ml soln</i>	1	Preferred	VICODIN	QL=15 días No refills
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	
<i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	
<i>codeine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab</i>	2	Preferred	CODEINE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>meperidine hcl 100 mg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	Preferred	DILAUDID	
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	3	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	Preferred	DILAUDID	
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
<b>Local Anesthetics [Anestésicos Locales]</b>				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
<i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>	3	Preferred		
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
<b>Penicillins [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Non-Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	Preferred	CIPRO	
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	Preferred	SULFADIAZINE	
<b>ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]</b>				
<b>Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]</b>				
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	
<i>DILANTIN 30 mg cap</i>	2	Preferred		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	NEURONTIN	
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	2	Preferred	DILANTIN	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	Preferred	DILANTIN	




• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>				
<b>5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3]</b>				
<i>ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt</i>	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
<i>ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	Preferred	ZOFRAN	
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	
<i>promethazine hcl 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	Preferred	TIGAN	
<b>Phenothiazines [Fenotiazinas]</b>				
<i>prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]</b>				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]</b>				
<b>Antifungals [Antifungales]</b>				
fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DIFLUCAN	
ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
<b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
<b>Cobalamins [Cobalaminas]</b>				
cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
<b>Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]</b>				
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, P
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, P
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA, P
<b>Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]</b>				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]






Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.3ml inj soln, 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, P
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
<b>Folates [Folatos]</b>				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
<b>Iron [Hierro]</b>				
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>				
<b>Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]</b>				
<i>lomustine 10 mg cap</i>	3	Non-Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred		
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	4	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>lomustine 40 mg cap</i>	5	Non-Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Non-Preferred		
<i>lomustine 100 mg cap</i>	6	Non-Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7	Preferred		
<i>temozolomide 20 mg cap</i>	9	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 250 mg cap</i>	11	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 140 mg cap</i>	13	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	14	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<b>Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]</b>				
STIVARGA 40 mg tab	21	Preferred		PA, P
<b>Antiandrogens [Antiandrógenos]</b>				
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	Preferred	CASODEX	
<i>flutamide 125 mg cap</i>	4	Non-Preferred	EULEXIN	PA
<b>Antiestrogens [Antiestrógenos]</b>				
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	NOLVADEX	
<b>Antimetabolites [Antimetabolitos]</b>				
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	Preferred	HYDREA	
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	Preferred	PURINETHOL	
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	
<i>capecitabine 150 mg tab</i>	7	Preferred	XELODA	PA
<i>capecitabine 500 mg tab</i>	11	Preferred	XELODA	PA
<b>Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores De Enzimas]</b>				
SPRYCEL 20 mg tab	10	Preferred		PA, P
SPRYCEL 50 mg tab	13	Preferred		PA, P
<i>imatinib 100 mg tab</i>	13	Non-Preferred	GLEEVEC	PA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo/neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
SPRYCEL 70 mg tab	14	Preferred		PA, P
TASIGNA 200 mg cap	15	Preferred		PA, P
SPRYCEL 80 mg tab	17	Preferred		PA, P
TASIGNA 150 mg cap	18	Preferred		PA, P
SPRYCEL 100 mg tab	19	Preferred		PA, P
AFINITOR 2.5 mg tab	20	Preferred		PA, P
NEXAVAR 200 mg tab	20	Preferred		PA, P
SPRYCEL 140 mg tab	20	Preferred		PA, P
AFINITOR 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	21	Preferred		PA, P
<i>imatinib 400 mg tab</i>	23	Non-Preferred	GLEEVEC	PA
<b>Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]</b>				
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	Preferred	MEGACE	
<b>Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa]</b>				
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	Preferred	ARIMIDEX	
<b>Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]</b>				
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
<b>Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]</b>				
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	8	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	9	Preferred		PA, P

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>leuprolide acetate</i> 1 mg/ 0.2 ml inj kit		Non-preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
<b>Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]</b>				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
<b>Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]</b>				
<i>etoposide</i> 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]</b>				
<b>Antifungals [Antifungales]</b>				
<i>clotrimazole</i> 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	OTC
<i>nystatin</i> 100000 unit/ml mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>				
<b>Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel]</b>				
<i>fluorouracil</i> 2 % soln, 5 % soln	3	Preferred	EFUDEX	
<i>fluorouracil</i> 5 % crm	4	Non-Preferred	EFUDEX	
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>				
<b>Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]</b>				
<i>misoprostol</i> 100 mcg tab, 200 mcg tab	1	Preferred	CYTOTEC	
<i>sucralfate</i> 1 gm tab	1	Preferred	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]</b>				
<i>famotidine</i> 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	PEPCID	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	
<b>Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]</b>				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
<b>Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]</b>				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]</b>				
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		PA, P
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	PA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln</i>	4	Preferred	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	5	Preferred	SANDIMMUNE	PA
NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		PA, P
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	PA
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap	6	Preferred		PA, P
NEORAL 100 mg/ml soln	7	Preferred		PA, P

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	
methylprednisolone (pak) 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	
prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr	1	Preferred	PRELONE	
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	CORTEF	
methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	
<b>Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]</b>				
azathioprine 50 mg tab	1	Preferred	IMURAN	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab	2	Preferred	CELLCEPT	PA
tacrolimus 0.5 mg cap	3	Non-Preferred	PROGRAF	PA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		PA, P
tacrolimus 1 mg cap	4	Non-Preferred	PROGRAF	PA
sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6	Preferred		PA, P

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		PA
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
<b>Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]</b>				
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	1	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	Preferred	ROCALTROL	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signatures]*

<b>A</b>		
acetaminophen-codeine.....	12	
acetaminophen-codeine #2.....	12	
acetaminophen-codeine #3.....	12	
acetaminophen-codeine #4.....	13	
ACTIMMUNE.....	27	
acyclovir.....	20	
AFINITOR.....	25	
ALKERAN.....	23	
amoxicillin.....	16	
amoxicillin-pot clavulanate.....	16	
ampicillin.....	16	
anastrozole.....	26	
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	21, 22	
azathioprine.....	31	
azithromycin.....	14	
<b>B</b>		
bicalutamide.....	24	
BICILLIN L-A.....	16, 17	
<b>C</b>		
calcitriol.....	31, 32	
capecitabine.....	24	
CARAFATE.....	28	
ciprofloxacin.....	17	
ciprofloxacin hcl.....	17	
clarithromycin.....	15	
clotrimazole.....	27	
codeine sulfate.....	13	
cyanocobalamin.....	20	
cyclosporine.....	29	
cyclosporine modified.....	29	
<b>D</b>		
dapsone.....	19	
dexamethasone.....	30	
DEXFERRUM.....	22	
DILANTIN.....	18	
<b>E</b>		
E.E.S. GRANULES.....	15	
ERYPED 200.....	15	
ERYPED 400.....	15	
ERY-TAB.....	15	
ERYTHROCIN STEARATE.....	15	
erythromycin base.....	15	
erythromycin ethylsuccinate.....	15	
etoposide.....	27	
<b>F</b>		
famotidine.....	28	
fentanyl.....	11, 12	
fluconazole.....	19, 20	
fludrocortisone acetate.....	28	
fluorouracil.....	27	
flutamide.....	24	
folic acid.....	22	
<b>G</b>		
gabapentin.....	18	
GLEEVEC.....	25	
<b>H</b>		
hydrocodone-acetaminophen.....	13	
hydrocortisone.....	30	
hydromorphone hcl.....	13, 14	
hydroxyurea.....	24	
<b>I</b>		
ibuprofen.....	11	
imatinib.....	25	
indomethacin.....	11	
INFED.....	22	
iron.....	22	
<b>K</b>		
ketoconazole.....	20	
<b>L</b>		
leucovorin calcium.....	26	
LEUKERAN.....	23	
leuprolide acetate.....	26	
levofloxacin.....	17	
lidocaine viscous.....	14	
lomustine.....	23	
LUPRON DEPOT.....	26	
LUPRON DEPOT-PED.....	26	
<b>M</b>		
MATULANE.....	27	
MEDROL.....	30	
megestrol acetate.....	25, 26	
meloxicam.....	11	
meperidine hcl.....	13	



*[Handwritten signatures in blue ink]*



*mercaptopurine* .....24  
*methotrexate*.....24  
*methylprednisolone* ..... 30, 31  
*methylprednisolone (pak)* .....30  
*metoclopramide hcl*.....18  
*misoprostol* .....28  
*morphine sulfate*..... 13, 14  
*morphine sulfate (concentrate)*.....14  
*morphine sulfate er* .....12  
*mycophenolate mofetil* .....31  
*mycophenolic acid*.....31  
 MYLERAN .....23

**N**

*nabumetone*.....11  
*naproxen*.....11  
*naproxen dr*.....11  
 NEORAL .....29  
 NEULASTA .....20  
 NEUPOGEN .....20  
 NEXAVAR.....25  
*nystatin*.....27

**O**

*omeprazole* .....28  
*ondansetron*.....18  
*ondansetron hcl*.....18  
*oxycodone hcl*..... 11, 12  
*oxycodone-acetaminophen*..... 13, 14

**P**

*penicillin g procaine*.....16  
*penicillin v potassium* .....16  
*phenytoin* .....18  
*phenytoin sodium extended*.....18  
*prednisolone* .....30

*prednisone*.....30  
*prednisone (pak)* .....30  
*prochlorperazine*.....19  
*prochlorperazine edisylate*.....19  
*prochlorperazine maleate* .....19  
 PROCRI ..... 21, 22  
*promethazine hcl*.....19

**R**

*ranitidine hcl* .....28  
 RAPAMUNE .....31

**S**

SANDIMMUNE .....29  
*sirolimus* .....31  
 SPRYCEL .....25  
 STIVARGA.....24  
*sucralfate* .....28  
*sulfadiazine* .....17  
*sulfamethoxazole-tmp ds*.....17  
*sulfamethoxazole-trimethoprim* .....17  
*sulindac*.....11

**T**

*tacrolimus* .....31  
*tamoxifen citrate* .....24  
 TASIGNA .....25  
*temozolomide* .....23  
*terbinafine hcl* .....20  
*tramadol hcl* .....13  
*trimethobenzamide hcl*.....19

**Z**

ZOLADEX .....27



A.H.A.

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





**ASES**

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

# Salud Física

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

*Handwritten signature and initials*



15-107-06

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-16-2732



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
**Administración de Seguros de Salud**

Hon. Ricardo A. Rosselló Novares  
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,



Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva



A.H.M.



## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en el FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.
- B. Las compañías aseguradoras o el TPA ("Third Party Administrator"), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o "PBM") contratado por ASES.



- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán registrarse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.
- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.



*[Handwritten signature]*      *[Handwritten signature]*

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### 4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen. Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

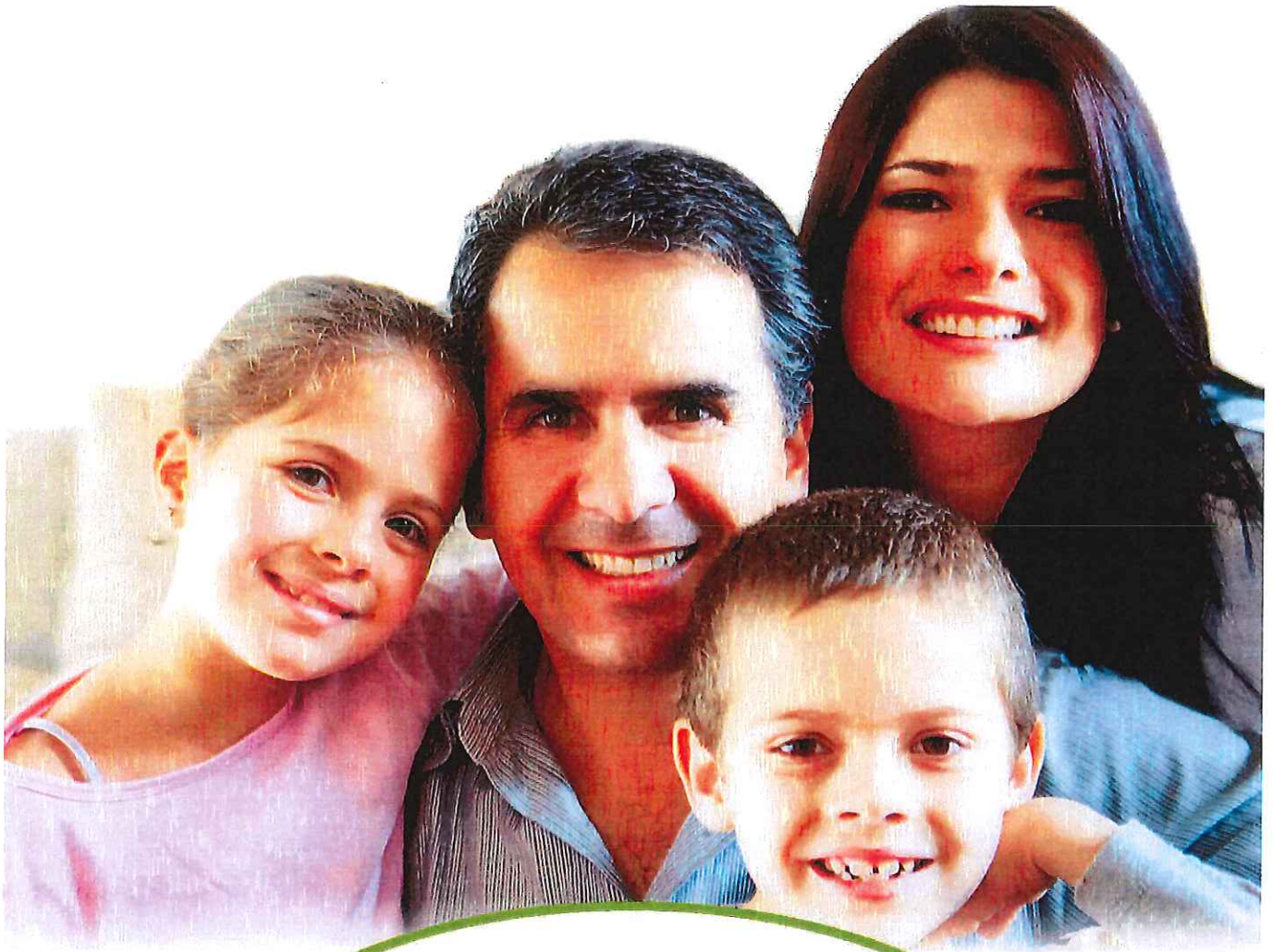
El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



A.H.A.

*[Handwritten signature]*



# Salud Física

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



*A.H.A.* *JFB*





**PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO**

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)  
 2017**

**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	15
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA].....	17
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	17
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	17
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración].....	17
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración].....	18
test.....	18
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS].....	19
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	19
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD].....	19
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	19
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos].....	19
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS].....	19
Aminoglycosides [Aminoglucósidos].....	19
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación].....	20
Macrolides [Macrólidos].....	20
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos].....	20
Quinolones [Quinolonas].....	22
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación].....	22
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	22
Tetracyclines [Tetraciclinas].....	22
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación].....	22
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales].....	23

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] .....	23
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes] .....	23
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA] .....	25
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia] .....	25
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa] .....	25
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA] .....	25
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS] .....	25
Antidepressants [Antidepresivos] .....	25
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS] .....	26
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa] .....	26
Biguanides [Biguanidas] .....	26
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4] .....	26
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos] .....	26
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas] .....	26
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin] .....	26
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia] .....	26
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración] .....	26
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración] .....	27
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración] .....	27
Sulfonylureas [Sulfonilureas] .....	27
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES] .....	27
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas] .....	27
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] .....	27
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3] .....	27
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	27
Phenothiazines [Fenotiazinas] .....	27
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA] .....	28
Antigout Agents [Agentes Antigota] .....	28
Uricosurics [Uricosúricos] .....	28
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS] .....	28
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos] .....	28
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	28

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II] .....	28
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin] .....	28
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio] .....	29
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica] .....	30
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos] .....	30
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] .....	30
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa] .....	30
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos] .....	31
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio] .....	31
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas] .....	31
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores] .....	31
Vasodilators [Vasodilatadores] .....	31
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA] .....	32
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos] .....	32
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina] .....	32
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS] .....	32
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos] .....	32
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS] .....	32
Antituberculars [Antituberculosos] .....	32
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos] .....	32
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS] .....	33
Antifungals [Antifungales] .....	33
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales] .....	33
Antimalarials [Antimaláricos] .....	33
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos] .....	33
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS] .....	33
Anthelmintics [Antihelmínticos] .....	33
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] .....	33
Anticholinergics [Anticolinérgicos] .....	33
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson] .....	33
Dopamine Precursors [Precursores de Dopamina] .....	34
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B] .....	34



Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza] .....	34
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	35
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....	35
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales].....	35
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa].....	35
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos] .....	35
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa].....	35
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa].....	36
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]</b> .....	<b>36</b>
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa].....	36
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	37
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b> .....	<b>37</b>
Anticoagulants [Anticoagulantes] .....	37
Cobalamins [Cobalaminas] .....	37
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides].....	37
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis] .....	38
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa] .....	38
Folates [Folatos] .....	39
Iron [Hierro] .....	39
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular] .....	39
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas] .....	39
<b>BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]</b> .....	<b>39</b>
Bisphosphonates [Bifosfonatos] .....	39
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]</b> .....	<b>40</b>
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II] .....	40
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A] .....	40
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	40
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	40
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III] .....	40
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente].....	40
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos] .....	40

*(Handwritten signatures in blue ink)*



Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar] .....	41
Vasodilators [Vasodilatadores] .....	41
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL] .....	41
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple] .....	41
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] .....	42
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes] .....	42
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis] .....	42
Antiandrogens [Antiandrógenos] .....	42
Antiestrogens [Antiestrógenos] .....	42
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal] .....	42
Antimetabolites [Antimetabolitos] .....	42
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores de Enzimas] .....	43
Appetite Stimulants [Estimulantes de Apetito] .....	43
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa] .....	43
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico] .....	43
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH] .....	43
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos] .....	44
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos] .....	44
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] .....	44
Antifungals [Antifungales] .....	44
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales] .....	44
Xerostomia [Xerostomía] .....	44
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] .....	45
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné] .....	45
Acne Products [Productos para el Acné] .....	45
Antihistamines [Antihistamínicos] .....	45
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea] .....	45
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel] .....	45
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia] .....	45
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia] .....	45
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia] .....	46
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia] .....	46

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas].....	46
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel] .....	46
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos].....	46
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos].....	46
<b>DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....</b>	<b>46</b>
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Acidos Biliares] .....	46
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico] .....	46
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA].....	46
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES].....</b>	<b>47</b>
Antispasmodics [Antiespasmódicos] .....	47
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras].....	47
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas] .....	47
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2].....	47
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos] .....	47
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones].....	48
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales] .....	48
<b>GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS] .....</b>	<b>48</b>
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos] .....	48
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato].....	48
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios] .....	48
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios] .....	48
<b>HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS] .....</b>	<b>48</b>
Antihemophilic Products [Productos Antithemofílicos].....	48
Hemostatics [Hemostáticos].....	49
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES].....</b>	<b>50</b>
Androgens [Andrógenos].....	50
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide] .....	50
Calcimimetics [Calcimiméticos] .....	50
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina] .....	50
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea] .....	50
Estrogens [Estrógenos] .....	50
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas] .....	51

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento].....	51
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] .....	51
Prostaglandins [Prostaglandinas].....	51
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina] .....	51
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	52
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina].....	52
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS] .....	52
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)] .....	52
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....	53
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	53
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes].....	54
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL].....	55
Aminosalicylates [Aminosalicilatos].....	55
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)] .....	55
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia] .....	55
Sulfonamides [Sulfonamidas] .....	55
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	55
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio].....	55
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina].....	56
Chelating Agents [Agentes Quelantes] .....	56
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales].....	56
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio].....	56
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales] .....	56
Vitamin K [Vitamina K] .....	57
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES] .....	57
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] .....	57
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales] .....	57
NASAL AGENTS [AGENTES NAALES].....	57
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Naales].....	57
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Naales de Mastocitos].....	57
Nasal Steroids [Esteroides Naales] .....	57
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS] .....	57

Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma].....	57
Miotics [Mióticos] .....	58
Mydriatics [Midriáticos] .....	58
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	58
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos] .....	58
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos] .....	58
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	58
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos].....	59
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS].....	59
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos] .....	59
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos] .....	59
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	59
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos] .....	59
Antileukotrienes [Antileukotrienos] .....	59
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos].....	59
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis] .....	59
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	60
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes].....	60
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa].....	60
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos].....	61
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE] .....	61
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)] .....	61
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos] .....	61



A.H.A.

JCB



## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.


Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:




**RANGO DE COSTO NETO MENSUAL**

1	menos de \$20	Menos costoso mensualmente
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente

Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

**Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas.** Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés), para ser mercadeados.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
<b>Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración]</b>				
<i>fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	Preferred	DURAGESIC	
<i>fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	3	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	3	Preferred	MORPHINE	
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	4	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	4	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	Preferred	MORPHINE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>		Preferred	METHADONE	ASSMCA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/ 5ml</i>		Preferred	METHADONE	ASSMCA
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración]				
test				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 7.5-500 mg/15ml soln</i>	1	Preferred	VICODIN	QL=15 días No refills
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	
<i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	OXYCODONE APAP	QL=15 días No refills
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab</i>	2	Preferred	FIORICET	QL=15 días No refills
<i>codeine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab</i>	2	Preferred	CODEINE	
<i>meperidine hcl 100 mg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	Preferred	DILAUDID	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.H.*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	3	Preferred	OXYCODONE APAP	QL=15 días No refills
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	Preferred	DILAUDID	
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
<b>ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]</b>				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>diazepam 1 mg/ml soln, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml oral conc</i>	1	Preferred	VALIUM	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	DALMANE	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>midazolam hcl 10 mg/10ml inj soln, 2 mg/2ml inj soln, 5 mg/5ml inj soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VERSED	QL 5ml / 30días
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
Aminoglycosides [Aminoglucósidos]				
<i>tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln</i>	18	Non-Preferred	TOBI	PA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signatures and initials]*




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]</b>				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
<b>Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	FLAGYL	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	1	Preferred	MACRODANTIN	


• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signature*

*Handwritten initials*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACROBID	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML</i>	6	Non-Preferred	FURADANTIN	
<i>vancomycin hcl 125 mg cap</i>	9	Non-Preferred	VANCOGIN	
<i>vancomycin hcl 250 mg cap</i>	10	Non-Preferred	VANCOGIN	
<b>Penicillinis [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml susp, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
<i>BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp</i>	3	Non-Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
Quinolones [Quinolonas]				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	Preferred	CIPRO	
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación]				
<i>cefactor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	Preferred	SULFADIAZINE	
Tetracyclines [Tetraciclinas]				
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	MINOCIN	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Non-Preferred	MONODOX	
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación]				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	VANDAZOLE	
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Non-Preferred	CLEOCIN	
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	1	Preferred	TEGRETOL	
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	
<i>lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg</i>	3	Non-Preferred	LAMICTAL	
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	KEPPRA	
<i>levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg</i>	3	Non-Preferred	KEPPRA XR	
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	1	Preferred	TRILEPTAL	
<i>phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab</i>	1	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MYSOLINE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml syr	1	Preferred	DEPAKENE	
zonisamide 50 mg cap	1	Preferred	ZONEGRAN	
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		
gabapentin 250 mg/5ml soln	2	Preferred	NEURONTIN	
levetiracetam 100 mg/ml soln, 1000 mg tab, 750 mg tab	2	Preferred	KEPPRA	
oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab	2	Preferred	TRILEPTAL	
phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew	2	Preferred	DILANTIN	
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	
zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap	2	Preferred	ZONEGRAN	
carbamazepine er 200 mg tab er 12 hr	3	Preferred	TEGRETOL	
ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln	3	Preferred	ZARONTIN	
phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln	3	Preferred	PHENOBARBITAL	
carbamazepine 100 mg/5ml susp	4	Preferred	TEGRETOL	
carbamazepine er 400 mg tab er 12 hr	4	Preferred	TEGRETOL	
oxcarbazepine 300 mg/5ml susp	4	Preferred	TRILEPTAL	
VIMPAT 10 mg/ml soln, 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	5	Preferred		PA, C
VIMPAT 200 mg tab, 200 mg/20ml iv soln	6	Preferred		PA, C



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

A.H.A.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]</b>				
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia]				
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	6	Non-Preferred	HYDERGINE	
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa]				
<i>donepezil hcl 10 mg tab, 10 mg odt, 5 mg tab, 5 mg odt</i>	1	Preferred	ARICEPT	
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	3	Preferred	EXELON	
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA]				
<i>memantine 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	
<i>memantine TITRATION PAK 5 (28)-10 (21) mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>				
Antidepressants [Antidepresivos]				
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	Preferred	ELAVIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOFRANIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	PAMELOR	MENTAL, SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
<i>duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap</i>	2	Non-Preferred	CYMBALTA	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]</b>				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa]				
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	Preferred	PRECOSE	
Biguanides [Biguanidas]				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE XR	
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4]				
<i>KOMBIGLYZE XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr</i>	3	Preferred		ST, C
<i>ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	3	Preferred		ST, C
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]				
<i>GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit</i>	4	Preferred		
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]				
<i>HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp</i>	3	Preferred		C
<i>HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp</i>	4	Preferred		C
<i>HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp</i>	4	Preferred		C
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin]				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia]				
<i>HUMULIN N 100 unit/ml sc susp</i>	2	Preferred		C
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]				
<i>LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector</i>	2	Preferred		C



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.A.*  
*[Signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		C
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		C
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		C
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
glimpiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]				
insulin syringe/needle	1	Preferred		
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3]				
ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab	1	Preferred	ZOFRAN	
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	
promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr, 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln	1	Preferred	PHENERGAN	
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	COMPAZINE	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]






Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
<b>ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]</b>				
Antigout Agents [Agentes Antigota]				
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ZYLOPRIM	
<i>colchicine 0.6 mg cap</i>	3	Preferred	MITIGARE	PA
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	Non-Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
Uricosurics [Uricosúricos]				
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	Preferred	BENEMID	
<b>ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]</b>				
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]				
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	
<i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ALDOMET	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	COZAAR	
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	HYZAAR	
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]				
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MONOPRIL	
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTRIL	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.A.*


*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]				
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NORVASC	
<i>diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab</i>	1	Preferred	CARDIZEM	
<i>diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	PROCARDIA XL	
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	CALAN	
<i>verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er</i>	1	Preferred	CALAN SR	
<i>diltiazem hcl er beads 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr, 360 mg er 24 hr</i>	2	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	CARDIZEM CD	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.H.*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	PROCARDIA XL	
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]				
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	Preferred	DIAMOX	
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	TOPROL XL	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Non-Preferred	TOPROL XL	
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]				
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Non-Preferred	BUMEX	
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Non-Preferred	INDERAL	
<b>Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]</b>				
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ALDACTONE	
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	Preferred	MAXZIDE	
<b>Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]</b>				
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	DIURIL	
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Non-Preferred	HYGROTON	
<i>DIURIL 250 mg/5ml susp</i>	1	Preferred		
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LOZOL	
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Non-Preferred	ZAROXOLYN	
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	HYGROTON	
<i>metolazone 10 mg tab</i>	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	
<b>Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]</b>				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	
<i>minoxidil 10 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LONITEN	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]


*A.H.A.*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]</b>				
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]				
<i>sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMITREX	QL= 6 tab
<b>ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]</b>				
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	6	Non-Preferred	MESTINON	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
Antituberculars [Antituberculosos]				
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifampin 150 mg cap</i>	1	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	
<i>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>			MYCOBUTIN	
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
CAPASTAT 1 gm inj				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]</b>				
Antifungals [Antifungales]				
fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DIFLUCAN	
ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
nystatin 100000 unit/gm crm	1	Preferred	MYCOSTATIN	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
itraconazole 100 mg cap		Preferred	SPORANOX	
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]				
terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm	2	Preferred	TERAZOL	
Antimalarials [Antimaláricos]				
chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ARALEN	
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	1	Preferred	PLAQUENIL	
DARAPRIM 25 mg tab	19	Non-Preferred		PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos]				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Non-Preferred		PA
<b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>				
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
PIN-X 720.5 mg chew tab	1	Preferred		OTC
REESSES PINWORM MEDICINE 144 mg/ml Susp	1	Preferred		OTC
BILTRICIDE 600 mg tab	7	Non-Preferred		PA
<b>ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]</b>				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]				
amantadine hcl 50 mg/5ml syr	1	Preferred	SYMMETREL	


*A.H.H.*

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*WFB*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	MIRAPEX	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	REQUIP	
<i>ropinirole hcl 2 mg tab</i>	2	Preferred	REQUIP	
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab</i>	4	Non-Preferred	STALEVO	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	5	Non-Preferred	STALEVO	
<b>Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]</b>				
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	1	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	2	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	Preferred	SINEMET CR	
<b>Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]</b>				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Non-Preferred	CARBEX	
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
<b>Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza]</b>				
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
TAMIFLU 6 mg/ ml susp	13	Non-Preferred		





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]				
EPZICOM 600-300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
ATRIPLA 600-200-300 mg tab				
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]				
ISENTRESS potassium 400 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]				
SELZENTRY 300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
FUZEON subcutaneous kit 90 mg				
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]				
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	1	Preferred	VIRAMUNE	
<i>nevirapine 50 mg/5ml susp</i>	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Non-Preferred		
SUSTIVA 50 mg cap, 200 mg cap	6	Preferred		C
<i>nevirapine er, 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr</i>	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 600 mg tab	7	Preferred		C

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten initials*

*Handwritten signature*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
INTELENCE 200 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa]				
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	
stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	3	Preferred	ZERIT	
didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr	4	Non-Preferred	ZIAGEN	
lamivudine 10 mg/ml soln	5	Preferred	EPIVIR	
lamivudine 150 mg tab	4	Preferred	EPIVIR	
zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr	4	Non-Preferred	RETROVIR	
abacavir sulfate 300 mg tab	5	Preferred	ZIAGEN	
didanosine 400 mg cap dr	5	Non-Preferred	ZIAGEN	
lamivudine 300 mg tab	5	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Non-Preferred		
lamivudine 100 mg tab	6	Preferred	EPIVIR	PA
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	6	Preferred	COMBIVIR	
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
EMTRIVA 200 mg cap				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
VIREAD 300 mg tab				
TRUVADA 200-300 mg tab			TRUVADA	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]				
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]				
finasteride 5 mg tab	1	Preferred	PROSCAR	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]


Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]</b>				
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	Preferred	FLOMAX	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
<b>Anticoagulants [Anticoagulantes]</b>				
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	COUMADIN	
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	2	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	8	Preferred	HEPARIN	
<b>Cobalamins [Cobalaminas]</b>				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
<b>Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]</b>				
<b>NEUPOGEN 300</b> <i>mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln</i>	10	Preferred		PA, C
<b>NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln</b>	15	Preferred		PA, C
<b>NEULASTA DELIVERY KIT</b> <i>6 mg/0.6ml sc soln</i>	15	Preferred		PA, C
<b>NEUPOGEN 480</b> <i>mcg/0.8ml inj soln</i>	12	Preferred		PA, C



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.A.H.*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]</b>				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, C
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	7	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.3ml inj soln, 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, C
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, C
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	10	Preferred		PA, C
<b>Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]</b>				
ELIQUIS 2.5 mg tab	4	Preferred		PA, C
ELIQUIS 5 mg tab	4	Preferred		PA, C

A.H.A.H.


*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Folates [Folatos]</b>				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
<b>Iron [Hierro]</b>				
<i>ferrous sulfate 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	OTC
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
<b>Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]</b>				
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml sc soln, 40 mg/0.4ml sc soln</i>	5	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 300 mg/3ml inj soln, 60 mg/0.6ml sc soln, 80 mg/0.8ml sc soln</i>	7	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml sc soln</i>	9	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 120 mg/0.8ml sc soln</i>	10	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 150 mg/ml sc soln</i>	14	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<b>Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas]</b>				
<i>aspirin 325 mg tab, 325 mg tab dr, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>aspirin low dose 81 mg tab, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	PLETAL	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	Preferred	PLAVIX	
<b>BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]</b>				
<b>Bisphosphonates [Bifosfonatos]</b>				
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	1	Preferred	FOSAMAX	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]</b>				
<b>Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	BETAPACE	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
<b>Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]</b>				
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINAGLUTE	
<i>quinidine sulfate er 300 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
<b>Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]</b>				
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	2	Preferred	MEXITIL	
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	3	Preferred	MEXITIL	
<b>Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]</b>				
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	1	Preferred	RYTHMOL	
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	2	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	3	Preferred	RYTHMOL	
<b>Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]</b>				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	
<b>Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermittente]</b>				
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	1	Preferred	TRENTAL	
<b>Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]</b>				
<i>digox 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>digoxin 0.05 mg/ml soln, 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
<b>Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]</b>				
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	Preferred	REVATIO	PA
ADEMPAS 0.5 mg tab	15	Preferred		PA, C
ADEMPAS 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab	18	Preferred		PA, C
ADEMPAS 2.5 mg tab	20	Preferred		PA, C
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>nitroglycerin 0.2 mg/hr td patch 24hr</i>	1	Preferred	NITRODUR	
NITROSTAT 0.3 mg tab sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub	1	Preferred		
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr</i>	2	Non-Preferred	NITRODUR	
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]</b>				
<b>Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]</b>				
AMPYRA 10 tab er 12hr	9	Preferred		PA, C
COPAXONE 20 mg/ml sc kit	17	Preferred		PA, C
COPAXONE 40 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe	14	Preferred		PA, C
AVONEX 30 mcg im kit	13	Preferred		PA, C
AVONEX PEN 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
AVONEX PREFILLED 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
GILENYA 0.5 mg cap	15	Preferred		PA, C



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.H.*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
TYSABRI intravenous concentrate 300 mg/15ml	15	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120 mg cap dr	14	Preferred		PA, C
TECFIDERA 240 mg cap dr	14	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120-240 MG misc	14	Preferred		PA, C
BETASERON 0.3 mg sc kit	13	Preferred		PA, C
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>				
<b>Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]</b>				
<i>lomustine 10 mg cap</i>	3	Non-Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred		
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	4	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>lomustine 40 mg cap</i>	5	Non-Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Non-Preferred		
<i>lomustine 100 mg cap</i>	6	Non-Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7	Non-Preferred		
<i>temozolomide 20 mg cap</i>	9	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 250 mg cap</i>	11	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 140 mg cap</i>	13	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	14	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<b>Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]</b>				
STIVARGA 40 mg tab	15	Preferred		PA, C
<b>Antiandrogens [Antiandrógenos]</b>				
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	Preferred	CASODEX	
<i>flutamide 125 mg cap</i>	4	Non-Preferred	EULEXIN	
<b>Antiestrogens [Antiestrógenos]</b>				
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	NOLVADEX	
<b>Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]</b>				
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		
<b>Antimetabolites [Antimetabolitos]</b>				
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	Preferred	HYDREA	
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	Preferred	PURINETHOL	
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



*A.H.H.*

*[Handwritten signature]*


Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>capecitabine 150 mg tab</i>	7	Non-Preferred	XELODA	PA
<i>capecitabine 500 mg tab</i>	11	Non-Preferred	XELODA	PA
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores de Enzimas]				
SPRYCEL 20 mg tab	14	Preferred		PA, C
SPRYCEL 50 mg tab	21	Preferred		PA, C
<i>imatinib 100 mg tab</i>	18	Non-Preferred	GLEEVEC	PA
SPRYCEL 70 mg tab	17	Preferred		PA, C
SPRYCEL 80 mg tab	25	Preferred		PA, C
TASIGNA 150 mg cap	22	Preferred		PA, C
SPRYCEL 100 mg tab	25	Preferred		PA, C
AFINITOR 2.5 mg tab	25	Preferred		PA, C
NEXAVAR 200 mg tab	25	Preferred		PA, C
SPRYCEL 140 mg tab	25	Preferred		PA, C
AFINITOR 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	23	Preferred		PA, C
TASIGNA 200 mg cap	19	Preferred		PA, C
<i>imatinib 400 mg tab</i>	25	Non-Preferred	GLEEVEC	PA
Appetite Stimulants [Estimulantes de Apetito]				
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	Preferred	MEGACE	
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa]				
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	Preferred	ARIMIDEX	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]				
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH]				
LUPRON DEPOT 45 mg im kit	2	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA, C

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]




A.H.A.

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	8	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	9	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg (ped) im kit	9	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 30 mg (ped) im kit	10	Preferred		PA, C
<i>leuprolide acetate</i> 1 mg/ 0.2 ml inj kit	7	Non-preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
INTRON A 6000000 unit/ml, 10000000 unit, 18000000 unit, 50000000 unit		Non-Preferred		PA
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]				
<i>etoposide</i> 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
<i>clotrimazole</i> 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	
<i>nystatin</i> 100000 unit/ml mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]				
<i>chlorhexidine gluconate</i> 0.12 % mouth/throat soln	1	Preferred	PERIDEX	
Xerostomia [Xerostomía]				
<i>pilocarpine</i> 5 mg tab	3	Preferred	SALAGEN	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.A.*  
*[Signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>				
<b>Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné]</b>				
<i>sulfacetamide sodium-sulfur 10-5 % external emulsion</i>	1	Preferred	SULFACET R	
<i>clindamycin phosphate 1 % soln</i>	2	Preferred	CLEOCIN T	
<i>erythromycin 2 % gel, 2 % soln</i>	2	Preferred	ERYGEL	
<b>Acne Products [Productos para el Acné]</b>				
<i>tretinoin 0.05 % crm,</i>	2	Preferred	RETIN A	AL < 21 años
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap</i>	6	Preferred	Zenatane	
<b>Antihistamines [Antihistamínicos]</b>				
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ATARAX	
<b>Antipsoriatics [Antipsoriáticos]</b>				
<i>methoxsalen 10 m cap</i>		Preferred	Oxsoralen	
<b>Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]</b>				
<i>selenium sulfide 2.5 % lot</i>	1	Preferred	SELSUN	
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<b>Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]</b>				
<i>fluorouracil 2 % soln, 5 % soln</i>	3	Preferred	EFUDEX	
<i>fluorouracil 5 % crm</i>	4	Non-Preferred	EFUDEX	
<b>Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia]</b>				
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm</i>	3	Non-Preferred	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % oint</i>	4	Non-Preferred	DIPROLENE	
<b>High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia]</b>				
<i>mometasone furoate 0.1 % oint, 0.1% crm, 0.1% soln</i>	1	Preferred	ELOCON	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.H.*

*28/0*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia]</b>				
<i>triamcinolone acetonide</i> 0.1 % <i>crm</i> , 0.1 % <i>oint</i> , 0.5 % <i>crm</i> , 0.5 % <i>oint</i>	1	Preferred	KENALOG	
<i>betamethasone valerate</i> 0.1 % <i>crm</i> , 0.1 % <i>lot</i> , 0.1 % <i>oint</i>	1	Preferred	DIPROLENE	
<b>Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia]</b>				
<i>hydrocortisone</i> 2.5 % <i>crm</i> , 2.5 % <i>lot</i> , 2.5 % <i>oint</i>	1	Preferred	HYDROCORTISONE	
<b>Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]</b>				
<i>permethrin</i> 5 % <i>crm</i>	3	Preferred	ELIMITE	QL= 60 gm.
<i>lindane</i> 1 % <i>lot</i>	4	Non-Preferred	LINDANE	QL = 60 cc, 30días, ST
<b>Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]</b>				
<i>mupirocin</i> 2 % <i>oint</i>	1	Preferred	BACTROBAN	
<i>silver sulfadiazine</i> 1 % <i>crm</i>	1	Preferred	SILVADENE	
<i>metronidazole</i> 0.75 % <i>crm</i> , 0.75 % <i>gel</i> , 0.75 % <i>lot</i>	4	Non-Preferred	METROLOTION	
<b>Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]</b>				
<i>clotrimazole</i> 1 % <i>crm</i>	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC ( <i>crm</i> )
<i>nystatin</i> 100000 unit/gm <i>oint</i> , <i>crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<b>Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos]</b>				
<i>calcipotriene</i> 0.005 % <i>crm</i>	6	Non-Preferred	DOVONEX	
<i>acitretin</i> 10 mg <i>cap</i> , 17.5 mg <i>cap</i> , 25 mg <i>cap</i>	7	Non-Preferred	SORIATANE	
<b>DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]</b>				
<b>Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Ácidos Biliares]</b>				
<i>cholestyramine</i> 4 gm <i>pckt</i> , 4 gm/dose oral <i>pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	
<b>Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]</b>				
<i>gemfibrozil</i> 600 mg <i>tab</i>	1	Preferred	LOPID	
<b>HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]</b>				
<i>atorvastatin calcium</i> 10 mg <i>tab</i> , 20 mg <i>tab</i> , 40 mg <i>tab</i> , 80 mg <i>tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.A.H.*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Non-Preferred	PRAVACHOL	
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PRAVACHOL	
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>				
<b>Antispasmodics [Antiespasmódicos]</b>				
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	1	Preferred	BENTYL	
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	BENTYL	
<b>Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]</b>				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
<i>1 gm/10ml susp</i>	3	Non-Preferred		
<b>Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]</b>				
<i>CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt</i>	3	Preferred		C
<i>CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt</i>	5	Preferred		C
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]</b>				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	
<b>Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]</b>				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc</i>	6	Non-Preferred	GASTROCROM	PA



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]				
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]				
hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
<b>GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]</b>				
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]				
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato]				
REVELA 0.8 gm pckt	8	Preferred		PA, C
REVELA 2.4 gm pckt, 800 mg tab	8	Preferred		PA, C
calcium acetate 667 mg cap.	3	Non-Preferred	PHOSLO	
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios]				
ur n-c 81.6 mg tab	1	Preferred	URIN D/S	
URETRON D/S tab	1	Preferred		
URIMAR-T 120 mg tab	1	Preferred		
urin ds tab	1	Preferred	URIN D/S	
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]				
oxybutynin chloride 5 mg tab, 5 mg/5ml syr	1	Preferred	DITROPAN	
<b>HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]</b>				
Antihemophilic Products [Productos Antihemofílicos]				
ADVATE 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln, 3000 unit iv soln, 4000 unit iv soln	25	Preferred		PA, C



*[Handwritten signatures]*

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ALPHANATE/VWF COMPLEX/HUMAN 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln	25	Non-Preferred		PA
KOGENATE FS 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
KOGENATE FS BIO-SET 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
BENEFIX 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
ANTIINHIBITOR COAGULANT COMPLEX for inj	25	Non-Preferred		PA
ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII for inj.	25	Non-Preferred		PA
Hemostatics [Hemostáticos]				
<i>tranexamic acid</i> 650 mg tab, 1000 mg/ml IV soln	4	Non-Preferred	LYSTEDA	PA
AMICAR 500 mg tab, 0.25 gm/ml oral soln	5	Non-Preferred		PA
AMICAR 0.25 gm/ml oral soln	8	Non-Preferred		PA
<i>tranexamic acid</i> 100 mg/ml IV soln		Non-Preferred	CYKLOKAPRON	PA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
Androgens [Andrógenos]				
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln</i>	2	Preferred	DEPO-TESTOSTERONE	
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]				
<i>methimazole 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	TAPAZOLE	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
Calcimimetics [Calcimiméticos]				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, C
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, C
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA, C
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina]				
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	3	Preferred	DOSTINEX	
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]				
<i>medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROVERA	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	Preferred	ARANELLE	PA
CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
<i>medroxyprogesterone acetate 150mg/ml susp</i>	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
Estrogens [Estrógenos]				
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	ESTRACE	
<i>estropipate 0.75 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	ESTROPIPATE	
<i>estropipate 3 mg tab</i>	2	Preferred	ESTROPIPATE	




• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]				
<i>estradiol-norethindrone acet 1-0.5 mg tab</i>	4	Non-Preferred	ACTIVELLA	
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento]				
NORDITROPIN FLEXPRO 5 mg/1.5ml sc soln	5	Preferred		PA, C
NORDITROPIN FLEXPRO 30 mg/3ml sc soln	8	Preferred		PA, C
NORDITROPIN NORDIFLEX 30 mg/3ml sc soln	9	Preferred		PA, C
NORDITROPIN FLEXPRO 10 mg/1.5ml sc soln, 15 mg/1.5ml sc soln	8	Preferred		PA, C
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
Prostaglandins [Prostaglandinas]				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]				
<i>octreotide acetate 50 mcg/ml inj soln</i>	3	Preferred	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml inj soln, 1000 mcg/5ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln</i>	6	Preferred	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate 1000 mcg/ml inj soln</i>	8	Preferred	SANDOSTATIN	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 mg im kit	11	Non-Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 30 mg im kit	14	Non-Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 20 mg im kit	16	Non-Preferred		PA



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]</b>				
<i>levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab</i>	1	Preferred	SYNTHROID	
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		
<b>Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]</b>				
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln</i>	2	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	3	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace rhinal tube 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Non-Preferred		
<b>IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]</b>				
<b>Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]</b>				
ENBREL 25 mg sc kit, 25mg/0.5ml sc sol	9	Preferred		PA, C
ENBREL 50mg/ml sc soldermat	9	Preferred		PA, C

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
HUMIRA 10 mg/0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	16	Preferred		PA, C
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Organ Transplant Agents</b>				
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 25 mg cap	4	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln</i>	4	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	5	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap</i>	5	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap	6	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	7	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 100 mg/ml soln	8	Preferred		aPA, C
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
<i>dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DECADRON	OB-GYN



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signature and initials*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
KENALOG 10 mg/ml inj susp	1	Preferred		
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	
<i>cortisone acetate 25 mg tab</i>	3	Non-Preferred	CORTISONE	
KENALOG 40 mg/ml inj susp	5	Non-Preferred		
<i>betamethasone sod phos &amp; acet 6 mg/ml inj susp</i>	2	Preferred	CELESTONE SOLUSPAN	OB-GYN
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]				
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMURAN	
AZASAN 75 mg, 100 mg		Non-Preferred		
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	3	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		aPA, C
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	aPA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6	Preferred		aPA, C
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		aPA



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signature and initials in blue ink.*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]</b>				
<b>Aminosalicylates [Aminosalicilatos]</b>				
mesalamine rectal enema 4 gm	4	Preferred	ROWASA	
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		C
ASACOL HD 800 mg tab dr	6	Preferred		C
<b>Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]</b>				
ENBREL 25 mg sc kit, 25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C
ENBREL 50mg/ml sc sol	9	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/0.2 ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13	Preferred		PA, C
<b>Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]</b>				
hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema	2	Preferred	COLOCORT	
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
<b>Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]</b>				
calcitriol 0.25 mcg cap	1	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 0.5 mcg cap	2	Preferred	ROCALTROL	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*L.H.H.*  
*2/18*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]				
levocarnitine 1 gm/10ml soln, 330 mg tab	3	Preferred	CARNITOR	
Chelating Agents [Agentes Quelantes]				
DEPEN TITRATABS 250 mg tab	25	Preferred		PA
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]				
potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln	1	Preferred	KAY-CIEL	
potassium chloride crys er 10 meq tab er, 20 meq tab er	1	Preferred	KLOR-CON	
potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er	2	Preferred	MICRO-K	
potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral solution	4	Preferred	KAON CL	
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]				
sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp	3	Preferred	KAYEXALATE	
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]				
classic prenatal 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
prenatal formula 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
prenatal plus iron 29-1 mg tab	1	Preferred	PRENATABS	OB-GYN
prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.A.*  
*2017*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Vitamin K [Vitamina K]				
MEPHYTOIN 5 mg tab	6	Non-Preferred		
<b>MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]</b>				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LIORESAL	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	Preferred	DANTRIUM	
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	3	Preferred	DANTRIUM	
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	
<b>NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]</b>				
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]				
<i>ipratropium bromide 0.03 % nasal soln</i>	2	Non-Preferred	ATROVENT	
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]				
<i>cromolyn sodium 5.2 mg/act nasal aerosol sol</i>	1	Preferred	NASALCROM	
Nasal Steroids [Esteroides Nasales]				
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp</i>	1	Preferred	FLONASE	QL = 1 pompa / 30 días
<b>OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]</b>				
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	Preferred	ALPHAGAN	
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	1	Preferred	TRUSOPT	
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	Preferred	COSOPT	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]


*A.H.A.*  
*[Signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	Non-Preferred	BETOPTIC	
Miotics [Mióticos]				
<i>pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln</i>	3	Preferred	ISOPTOCARPINE	
Mydriatics [Midriáticos]				
<i>atropine sulfate 1 % ophth oint, 1 % ophth soln</i>	1	Preferred	ISO-ATROPINE	
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<i>diclofenac sodium 0.1 % ophth soln</i>	1	Preferred	VOLTAREN	QL = max 30 días / 365 días
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	ACULAR	QL = max 30 días / 365 días
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]				
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	CILOXAN	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint, 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	
<i>ofloxacin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	OCUFLOX	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth soln</i>	1	Preferred	POLYTRIM	
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	TOBEX	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth oint</i>	3	Non-Preferred	BACITRACIN	
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]				
<i>trifluridine 1 % ophth soln</i>	4	Non-Preferred	VIROPTIC	PA
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	




*[Handwritten signatures and initials]*

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	1	Preferred	MAXITROL	
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	2	Preferred	PRED FORTE	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % ophth soln</i>	2	Preferred	INFLAMASE	
<i>fluorometholone 0.1 % ophth susp</i>	3	Preferred	FML LIQUIFILM	
<b>OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]</b>				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	
<b>Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	
<i>cipro hc 0.2-1 % otic susp</i>	1	Preferred		
<b>RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]</b>				
<b>Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]</b>				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Preferred	ATROVENT	
<b>Antileukotrienes [Antileukotrienos]</b>				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	
<b>Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]</b>				
<i>benzonatate 100 mg cap</i>	1	Preferred	TESSALON	
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	
<b>Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]</b>				
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im soln	9	Preferred		PA, C
SYNAGIS 100 mg/ml im soln	11	Preferred		PA, C


• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]</b>				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
ADVAIR HFA 115-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
budesonide 1mg/2ml inh susp	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, C
ADVAIR DISKUS 500-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
<b>Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]</b>				
cetirizine HCl oral soln 1 MG/ML (5 MG/5ML)	1	Preferred	ZYRTEC	OTC
loratadine 5 mg/5ml soln, 5 mg/5ml syr	1	Preferred	CLARITIN	OTC
loratadine 10 mg tab	1	Preferred	CLARITIN	OTC
<b>Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]</b>				
theophylline er 100 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr, 300 mg tab er 12 hr, 450 mg tab er 12 hr	1	Preferred	THEO-DUR	

*Handwritten initials/signature*

*Handwritten initials/signature*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]</b>				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb soln, 2 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	2	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
<b>RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]</b>				
<b>Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]</b>				
ENBREL 25 mg sc kit, 25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C
ENBREL 50mg/ml sc sol	9	Preferred		PA, C
ORENCIA 125 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe, 125 mg/ml ClickJect sc sol Autoinjector	10	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/ 0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13	Preferred		PA, C
<b>Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos]</b>				
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	4	Non-Preferred	ARAVA	PA
<i>DEPEN TITRATABS 250 mg tab</i>	25	Preferred		PA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]


<b>A</b>				
abacavir sulfate	36	benzonatate	59	
abacavir-lamivudine-zidovudine	36	benztropine mesylate	33	
acarbose	26	betamethasone dipropionate aug	45	
acetaminophen-codeine	18	betamethasone sod phos & acet	54	
acetazolamide	30	betamethasone valerate	46	
acetic acid	59	BETASERON	42	
acitretin	46	betaxolol hcl	58	
ACTIMMUNE	44	bicalutamide	42	
acyclovir	35	BICILLIN L-A	21, 22	
ADEMPAS	41	BILTRICIDE	33	
ADVAIR DISKUS	60	brimonidine tartrate	57	
ADVAIR HFA	60	bromocriptine mesylate	34, 50	
ADVATE	48	budesonide	60	
AFINITOR	43	bumetanide	30	
albuterol sulfate	61	butalbital-apap-caffeine	18	
alendronate sodium	39			
ALKERAN	42	<b>C</b>		
allopurinol	28	cabergoline	50	
alyacen 1/35	50	calcipotriene	46	
amantadine hcl	33, 34	calcitriol	55	
AMICAR	49	calcium acetate	48	
amiodarone hcl	40	CAPASTAT	32	
amitriptyline hcl	25	capecitabine	43	
amlodipine besylate	29	CARAFATE	47	
amoxicillin	21	carbamazepine	23, 24	
amoxicillin-pot clavulanate	21	carbamazepine er	24	
ampicillin	21	carbidopa-levodopa	34	
AMPYRA	41	carbidopa-levodopa er	34	
anastrozole	43	carbidopa-levodopa-entacapone	34	
ARANESP (ALBUMIN FREE)	38	carvedilol	31	
ASACOL HD	55	cefaclor	22	
aspirin	39	cefadroxil	20	
aspirin low dose	39	cefdinir	22	
atenolol	30	cefprozil	22	
atenolol-chlorthalidone	30	cephalexin	20	
atorvastatin calcium	46	Cetirizine HCl	60	
ATRIPLA	35	childrens loratadine	60	
atropine sulfate	58	chlorhexidine gluconate	44	
AVONEX	41	chloroquine phosphate	33	
AVONEX PEN	41	chlorothiazide	31	
AVONEX PREFILLED	41	chlorthalidone	31	
AZASAN	54	cholestyramine	46	
azathioprine	54	cilostazol	39	
azithromycin	20	cipro hc	59	
		ciprofloxacin	22	
		ciprofloxacin hcl	22, 58	
		clarithromycin	20	
		classic prenatal	56	
		clindamycin hcl	20	
		clindamycin phosphate	23, 45	
		clonazepam	19, 23	
		clonidine hcl	28	



*Handwritten signature in blue ink.*

*Handwritten signature in blue ink.*



**SALUD FÍSICA**

<i>clopidogrel bisulfate</i>	39	ENBREL	52, 55, 61
<i>clotrimazole</i>	44, 46	<i>enoxaparin sodium</i>	39
<i>codeine sulfate</i>	18	EPIVIR	36
<i>colchicine</i>	28	EPZICOM	35
COLCRYS	28	<i>ergoloid mesylates</i>	25
COPAXONE	41	ERYTHROCIN STEARATE	20
<i>cortisone acetate</i>	54	<i>erythromycin</i>	45
CREON	47	<i>erythromycin base</i>	20
<i>cromolyn sodium</i>	47, 57	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	20
CRYSELLE-28	50	<i>estradiol</i>	50
CUPRIMINE	56, 61	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	51
<i>cyanocobalamin</i>	37	<i>estropipate</i>	50
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	57	<i>ethambutol hcl</i>	32
<i>cycloserine</i>	32	<i>ethosuximide</i>	24
<i>cyclosporine</i>	53	<i>etoposide</i>	44
<i>cyclosporine modified</i>	53		
		<b>F</b>	
<b>D</b>		<i>famotidine</i>	47
<i>dantrolene sodium</i>	57	<i>fentanyl</i>	17
<i>dapsone</i>	32	<i>ferrous sulfate</i>	39
DARAPRIM	33	<i>finasteride</i>	36
DELZICOL	55	<i>flecainide acetate</i>	40
DEPEN TITRATABS	56	FLOVENT DISKUS	60
<i>desmopressin ace rhinal tube</i>	52	FLOVENT HFA	60
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	52	<i>fluconazole</i>	33
<i>desmopressin acetate</i>	52	<i>fludrocortisone acetate</i>	51
<i>desmopressin acetate spray</i>	52	<i>fluorometholone</i>	59
<i>dexamethasone</i>	53	<i>fluorouracil</i>	45
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	53	<i>flurazepam hcl</i>	19
<i>diazepam</i>	19	<i>flutamide</i>	42
<i>diclofenac sodium</i>	58	<i>fluticasone propionate</i>	57
<i>dicyclomine hcl</i>	47	<i>folic acid</i>	39
<i>didanosine</i>	36	<i>fosinopril sodium</i>	28
<i>digox</i>	40	<i>furosemide</i>	30
<i>digoxin</i>	41	FUZEON	35
DILANTIN	24		
<i>diltiazem hcl</i>	29	<b>G</b>	
<i>diltiazem hcl er</i>	29	<i>gabapentin</i>	23, 24
<i>diltiazem hcl er beads</i>	29	<i>gemfibrozil</i>	46
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	29	<i>gentamicin sulfate</i>	58
<i>dilt-xr</i>	29	GILENYA	41
DIURIL	31	GLEEVEC	43
<i>divalproex sodium</i>	23, 32	<i>glimepiride</i>	27
<i>donepezil hcl</i>	25	<i>glipizide</i>	27
<i>dorzolamide hcl</i>	57	GLUCAGON EMERGENCY	26
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	57	<i>guaifenesin-codeine</i>	59
<i>doxepin hcl</i>	25		
<i>doxycycline monohydrate</i>	22	<b>H</b>	
<i>duloxetine</i>	25	<i>heparin sodium (porcine)</i>	37
		<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	37
<b>E</b>		HUMALOG	27
ELIQUIS	38	HUMALOG MIX 50/50	26
EMTRIVA	36		



*A.H.A.*

*[Handwritten signature]*

SALUD FÍSICA

HUMALOG MIX 75/25	26	LANTUS SOLOSTAR	26
HUMIRA	53, 55, 61	latanoprost	58
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	55	leflunomide	61
HUMIRA PEN	55	leucovorin calcium	43
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER	55	LEUKERAN	42
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER	55	leuprolide acetate	44
HUMULIN 70/30	26	levetiracetam	23, 24
HUMULIN N	26	levetiracetam er 24 hrs	23
HUMULIN R	27	levobunolol hcl	57
hydralazine hcl	31	levocarnitine	56
hydrochlorothiazide	31	levofloxacin	22
hydrocodone-acetaminophen	18	levothyroxine sodium	52
hydrocortisone	46, 54, 55	lidocaine viscous	19
hydrocortisone ace-pramoxine	48	lindane	46
hydromorphone hcl	18, 19	lisinopril	28
hydroxychloroquine sulfate	33	lisinopril-hydrochlorothiazide	29
hydroxyurea	42	lomustine	42
hydroxyzine hcl	45	loratadine	60
hydroxyzine pamoate	19	lorazepam	19
		losartan potassium	28
<b>I</b>		losartan potassium-hctz	28
ibuprofen	17	LOW-OGESTREL	50
imatinib	43	LUPRON DEPOT	43, 44
imipramine hcl	25	LUPRON DEPOT-PED	44
indapamide	31		
indomethacin	17	<b>M</b>	
INFED	39	MACRODANTIN	20
insulin syringe/needle	27	MATULANE	44
INTELENCE	36	MEDROL	54
INTRON A	44	medroxyprogesterone acetate	50
ipratropium bromide	57, 59	megestrol acetate	43
ISENTRESS	35	meloxicam	17
isoniazid	32	mepерidine hcl	18
isosorbide mononitrate	41	MEPHYTON	57
isosorbide mononitrate er	41	mercaptopurine	42
isotretinoin	45	mesalamine	55
itraconazole	33	MESTINON	32
		metformin hcl	26
<b>K</b>		metformin hcl er	26
KENALOG	54	methadone	18
ketoconazole	33	METHADONE	18
ketorolac tromethamine	58	methimazole	50
KOGENATE FS	49	methotrexate	42, 61
KOGENATE FS BIO-SET	49	methoxsalen	45
KOMBIGLYZE XR	26	methylodopa	28
		methylprednisolone	54
<b>L</b>		methylprednisolone (pak)	54
lamivudine	36	metoclopramide hcl	27
lamivudine-zidovudine	36	metolazone	31
lamotrigine	23	metoprolol succinate er	30
lamotrigine chew tab	23	metoprolol tartrate	30
LANTUS	27	metoprolol-hydrochlorothiazide	30
		metronidazole	20, 23, 46
		mexiletine hcl	40



*A.A.A.*

*2017*

**SALUD FÍSICA**

midazolam hcl	19
minocycline hcl	22
minoxidil	31
misoprostol	47, 51
mometasone furoate	45
montelukast sodium	59
morphine sulfate	18
morphine sulfate (concentrate)	18
morphine sulfate er	17
mupirocin	46
mycophenolate mofetil	54
mycophenolic acid	54
MYLERAN	42

**N**

nabumetone	17
NAMENDA	25
naproxen	17
naproxen dr	17
NEBUPENT	33
neomycin-polymyxin-dexamethasone	59
neomycin-polymyxin-hc	59
NEORAL	53
NEULASTA	37
NEUPOGEN	37
nevirapine	35
nevirapine er	35
NEXAVAR	43
nifedipine er osmotic	29, 30
nitrofurantoin macrocrystal	20, 21
nitrofurantoin monohyd macro	21
nitrofurantoin oral suspension	21
nitroglycerin	41
NITROSTAT	41
NORDITROPIN FLEXPRO	51
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	51
nortriptyline hcl	25
nystatin	33, 44, 45, 46

**O**

octreotide acetate	51
ofloxacin	58
omeprazole	48
ondansetron	27
ondansetron hcl	27
ONGLYZA	26
ORENCIA	61
oseltamivir phosphate	34
oxcarbazepine	23, 24
oxybutynin chloride	48
oxycodone-acetaminophen	18, 19

**P**

penicillin g procaine	21
penicillin v potassium	21
pentoxifylline er	40
permethrin	46
phenazopyridine hcl	48
phenobarbital	23, 24
phenytoin	24
phenytoin sodium extended	24
pilocarpine	44
pilocarpine hcl	58
PIN-X	33
pioglitazone hcl	26
polymyxin b-trimethoprim	58
potassium chloride	56
potassium chloride crys er	56
potassium chloride er	56
pramipexole dihydrochloride	34
pravastatin sodium	47
prednisolone	54
prednisolone acetate	59
prednisolone sodium phosphate	59
prednisone	54
prednisone (pak)	54
prenatal	56
prenatal 19	56
prenatal formula	56
prenatal low iron	56
prenatal plus iron	56
prenatal vitamins	56
primidone	23
probenecid	28
prochlorperazine	28
prochlorperazine edisylate	27
prochlorperazine maleate	28
PROCRIT	38
promethazine hcl	27
propafenone hcl	40
propranolol hcl	31, 40
propylthiouracil	50
pyrazinamide	32
pyridostigmine	32
pyridostigmine bromide	32

**Q**

quinidine gluconate er	40
quinidine sulfate	40
quinidine sulfate er	40

**R**

ranitidine hcl	47
RAPAMUNE	54



*A.H.A.*

*[Handwritten signature]*

**SALUD FÍSICA**

REESES PINWORM MEDICINE	33	<i>temozolomide</i>	42
REFACTO	49	<i>terazosin hcl</i>	28, 37
REMICADE	53, 55, 61	<i>terbinafine hcl</i>	33
REVELA	48	<i>terbutaline sulfate</i>	61
RESCRIPTOR	35	<i>terconazole</i>	33
<i>rifabutin</i>	32	<i>testosterone cypionate</i>	50
RIFAMATE	32	<i>theophylline er</i>	60
<i>rifampin</i>	32	<i>timolol maleate</i>	57
<i>rivastigmine tartrate</i>	25	<i>tobramycin</i>	19, 58
<i>ropinirole hcl</i>	34	<i>topiramate</i>	23, 32
		<i>tramadol hcl</i>	18
		<i>tranexamic acid</i>	49
<b>S</b>		TRECATOR	32
<i>salsalate</i>	17	<i>tretinoin</i>	45
SANDIMMUNE	53	<i>triamcinolone acetonide</i>	46
SANDOSTATIN LAR DEPOT	51	<i>triamterene-hctz</i>	31
<i>selegiline hcl</i>	34	<i>trifluridine</i>	58
<i>selenium sulfide</i>	45	<i>trimethobenzamide hcl</i>	27
SELZENTRY	35	TRUVADA	36
SENSIPAR	50	TYSABRI	42
SEROMYCIN	32		
<i>sildenafil citrate</i>	41	<b>U</b>	
<i>silver sulfadiazine</i>	46	<i>ur n-c</i>	48
<i>simvastatin</i>	47	URETRON D/S	48
<i>sirolimus</i>	54	URIMAR-T	48
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	56	<i>urin ds</i>	48
<i>sotalol hcl</i>	40	<i>ursodiol</i>	47
<i>spironolactone</i>	31		
SPRYCEL	43	<b>V</b>	
<i>stavudine</i>	36	VAGIFEM	42
STIMATE	52	<i>valganciclovir hcl</i>	35
STIVARGA	42	<i>valproic acid</i>	24
<i>sucralfate</i>	47	<i>vancomycin hcl</i>	21
<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	45	VENTOLIN HFA	61
<i>sulfadiazine</i>	22	<i>verapamil hcl</i>	29
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	22	<i>verapamil hcl er</i>	29
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	22	VIDEX	36
<i>sulfasalazine</i>	55	VIMPAT	24
<i>sulindac</i>	17	VIREAD	36
<i>sumatriptan succinate</i>	32		
SUSTIVA	35	<b>W</b>	
SYNAGIS	59	<i>warfarin sodium</i>	37
SYNTHROID	52		
		<b>Z</b>	
<b>T</b>		<i>zidovudine</i>	36
<i>tacrolimus</i>	54	ZOLADEX	44
TAMIFLU	34	<i>zonisamide</i>	24
<i>tamoxifen citrate</i>	42		
<i>tamsulosin hcl</i>	37		
TASIGNA	43		
TECFIDERA	42		



*A.H.A.*

*[Handwritten signature]*



A.H.A.

*[Handwritten signature]*



# Salud Mental

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-105-07



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Novares  
Gobernador

Sra. Angala M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,

  
Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva





## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.
- B. Las compañías aseguradoras o el TPA ("Third Party Administrator"), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o "PBM") contratado por ASES.



- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.
- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expeditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su medico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

**4. Regla de Emergencia**

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen.

Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroidales los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)  
 2017**

**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	7
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL .....	7
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	8
ANTI-ADDICTION AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADDICIÓN] .....	9
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides].....	9
Detox Treatment [Tratamiento De Detox] .....	9
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD] .....	9
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	9
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1] .....	9
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS] .....	10
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos] .....	10
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina] .....	10
Tricyclic Agents [Tricíclicos] .....	11
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] .....	11
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS].....	11
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación].....	11
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación] .....	12
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO] .....	13
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad] .....	13
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES] .....	14
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD].....	14
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD].....	15
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO].....	15
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	15
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño] .....	15

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANTI-ADDICTION AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADDICIÓN]</b>				
<b>Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]</b>				
buprenorphine hcl 2 mg tab subl, 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA
SUBOXONE subl film 2-0.5 mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg	4	Preferred		PA, C
<b>Detox Treatment [Tratamiento De Detox]</b>				
<i>b-1 100 mg tab</i>	1	Preferred	THIAMINE	QL
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	QL, OTC
<i>ibuprofen 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	1	Preferred	IMODIUM	QL



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos

en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:

1	menos de \$20	<b>Menos costoso mensualmente</b>
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	<b>Más costoso mensualmente</b>



Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

### MEDICAMENTOS GENÉRICOS

**Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas.** Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.






Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANTI-ADDICTION AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADDICIÓN]</b>				
<b>Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]</b>				
buprenorphine hcl 2 mg tab subl, 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA
SUBOXONE subl film 2-0.5 mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg	4	Preferred		PA, C
<b>Detox Treatment [Tratamiento De Detox]</b>				
<i>b-1 100 mg tab</i>	1	Preferred	THIAMINE	QL
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	
<i>folic acid 1 mg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	QL
<i>ibuprofen 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	1	Preferred	IMODIUM	QL
<b>ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]</b>				
<b>Benzodiazepines [Benzodiazepinas]</b>				
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	VALIUM	
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	
<i>diazepam 1 mg/ml soln</i>	2	Non-Preferred	VALIUM	
DIAZEPAM INTENSOL 5 mg/ml oral conc	2	Non-Preferred		
<i>lorazepam 2 mg/ml oral conc</i>	2	Non-Preferred	ATIVAN	
<b>Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]</b>				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]</b>				
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	1	Preferred	WELLBUTRIN	
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr</i>	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	
<i>escitalopram oxalate 5mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LEXAPRO	
<i>mirtazapine 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	REMERON	
<i>trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DESYREL	
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN	
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr</i>	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN XL	
<i>mirtazapine 15 mg odt, 30 mg odt, 45 mg odt</i>	3	Non-Preferred	REMERON	
<b>Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]</b>				
<i>citalopram hydrobromide 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	CELEXA	
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap</i>	1	Preferred	PROZAC	
<i>paroxetine hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PAXIL	
<i>sertraline hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ZOLOFT	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	Non-Preferred	ZOLOFT	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
venlafaxine hcl 100mg tab, 25mg tab, 37.5mg tab, 50mg tab, 75mg tab	1	Preferred	EFFEXOR	
venlafaxine hcl er 150 mg cap er 24 hr, 37.5 mg cap er 24 hr, 75 mg cap er 24 hr	1	Preferred	EFFEXOR XR	
duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap	2	Non-Preferred	CYMBALTA	
<b>Tricyclic Agents [Tricíclicos]</b>				
amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab	1	Preferred	ELAVIL	
doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAN	
imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOFRANIL	
nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	PAMELOR	
doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap	2	Preferred	SINEQUAN	
<b>ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]</b>				
<b>Anticholinergics [Anticolinérgicos]</b>				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
<b>ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS]</b>				
<b>Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]</b>				
olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	ZYPREXA	
quetiapine fumarate 25 mg tab	1	Preferred	SEROQUEL	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	RISPERDAL	
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i>	2	Preferred	SEROQUEL	
<i>risperidone 1 mg/ml soln</i>	2	Preferred	RISPERDAL	
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i>	3	Preferred	SEROQUEL	
LATUDA 120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab	4	Preferred	PA	PA, P
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i>	4	Preferred	SEROQUEL	
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i>	5	Preferred	SEROQUEL	
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i>	6	Preferred	SEROQUEL	
<i>aripiprazole 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	7	Non-Preferred	ABILIFY	PA
<i>aripiprazole 1 mg/ml soln</i>	10	Non-Preferred	ABILIFY	PA
<b>Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]</b>				
<i>fluphenazine hcl 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROLIXIN	
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 2 mg/ml oral conc</i>	1	Preferred	HALDOL	
<i>thioridazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MELLARIL	
<i>thiothixene 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	NAVANE	
<i>trifluoperazine hcl mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	Preferred	STELAZINE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>chlorpromazine hcl 25 mg tab</i>	2	Preferred	THORAZINE	
<i>haloperidol 5 mg tab</i>	2	Preferred	HALDOL	
<i>haloperidol decanoate 50 mg/ml im soln</i>	2	Preferred	HALDOL DECANOATE	
<i>thioridazine hcl 100 mg tab</i>	2	Preferred	MELLARIL	
<i>thiothixene 10 mg cap</i>	2	Preferred	NAVANE	
<i>chlorpromazine hcl 100 mg tab, 50 mg tab</i>	3	Preferred	THORAZINE	
<i>haloperidol 10 mg tab</i>	3	Preferred	HALDOL	
<i>haloperidol decanoate 100 mg/ml im soln</i>	3	Preferred	HALDOL DECANOATE	
<i>chlorpromazine hcl 200 mg tab</i>	4	Preferred	THORAZINE	
<i>haloperidol 20 mg tab</i>	4	Preferred	HALDOL	
<b>MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO]</b>				
<b>Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]</b>				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	
<i>lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg</i>	3	Non-Preferred	LAMICTAL	
<i>lithium carbonate 150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap</i>	1	Preferred	LITHIUM	
<i>lithium carbonate er 300 mg tab er, 450 mg tab er</i>	1	Preferred	LITHIUM	
<i>olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	ZYPREXA	
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab</i>	1	Preferred	SEROQUEL	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	RISPERDAL	
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DEPAKENE	
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i>	2	Preferred	SEROQUEL	
<i>risperidone 1 mg/ml soln</i>	2	Preferred	RISPERDAL	
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i>	3	Preferred	SEROQUEL	
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i>	4	Preferred	SEROQUEL	
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i>	5	Preferred	SEROQUEL	
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i>	6	Preferred	SEROQUEL	
<i>aripiprazole 10 mg tab, 15 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	7	Non-Preferred	ABILIFY	PA
<i>aripiprazole 1 mg/ml soln</i>	10	Non-Preferred	ABILIFY	PA
<b>PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]</b>				
<b>ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]</b>				
<i>amphetamine-dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab</i>	2	Preferred	ADDERALL	AL 4-20años
<i>amphetamine-dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	3	Preferred	ADDERALL	AL 4-20 años
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	3	Preferred	DEXEDRINE	AL 4-20 años
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24 hr, 10 mg cap er 24 hr</i>	4	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	AL 4-20 años



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr</i>	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	AL 4-20 años
DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL	4	Non-Preferred	DYANAVEL XR	PA, AL 6-20 años
<b>ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD]</b>				
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	
<i>dexmethylphenidate hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	FOCALIN	AL 6-20 años
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	2	Preferred	RITALIN	AL 6-20 años
<i>dexmethylphenidate hcl 10 mg tab</i>	3	Preferred	FOCALIN	AL 6-20 años
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	Preferred	RITALIN	AL 6-20 años
<i>methylphenidate soln 5mg/5ml, 10 mg/5ml</i>		Non-Preferred	METHYLIN	
STRATTERA 10 mg cap, 100 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap	4	Preferred		PA, AL 6-20 años, P
<b>SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]</b>				
<b>Benzodiazepines [Benzodiazepinas]</b>				
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	DALMANE	
<i>temazepam 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	RESTORIL	
<b>Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]</b>				
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	SINEQUAN	
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	AMBIEN	



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



<b>A</b>		<b>I</b>	
ABILIFY.....	14, 17	ibuprofen.....	9
amitriptyline hcl.....	12	imipramine hcl .....	12
amphetamine-dextroamphetamine .....	17		
<b>B</b>		<b>L</b>	
b-1.....	9	lamotrigine .....	16
benztropine mesylate.....	13	lamotrigine chew tab.....	16
buprenorphine hcl.....	9	LATUDA.....	13
bupropion hcl.....	10, 11	lithium carbonate.....	16
bupropion hcl er (sr).....	10	lithium carbonate er.....	16
bupropion hcl er (xl) .....	11	loperamide hcl.....	9
		lorazepam.....	10
<b>C</b>		<b>M</b>	
chlorpromazine hcl.....	14, 15	methyphenidate hcl.....	18
citalopram hydrobromide .....	11	methyphenidate soln.....	18
clonazepam .....	9	mirtazapine .....	10, 11
clonidine hcl.....	9, 18		
<b>D</b>		<b>N</b>	
dexmethylphenidate hcl.....	18	nortriptyline hcl .....	12
dextroamphetamine sulfate .....	18		
dextroamphetamine sulfate er.....	18	<b>O</b>	
diazepam .....	9, 10	olanzapine .....	13, 16
DIAZEPAM INTENSOL.....	10		
divalproex sodium .....	15	<b>P</b>	
doxepin hcl.....	12, 19	paroxetine hcl.....	11
DYANAVAL XR .....	18		
<b>E</b>		<b>Q</b>	
escitalopram .....	10	quetiapine fumarate .....	13, 14, 16, 17
<b>F</b>		<b>R</b>	
fluoxetine hcl.....	11	risperidone .....	13, 16, 17
fluphenazine hcl .....	14		
flurazepam hcl.....	19	<b>S</b>	
folic acid.....	9	sertraline hcl.....	11
		sertraline hcl oral concentrate .....	11
<b>H</b>		STRATTERA .....	19
haloperidol .....	14, 15	SUBOXONE .....	9
haloperidol decanoate.....	15		
hydroxyzine pamoate.....	10	<b>T</b>	
		temazepam.....	19
		thioridazine hcl.....	14, 15

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

thiothixene .....14, 15  
trazodone hcl.....11

venlafaxine hcl.....12  
venlafaxine hcl er .....12

**V**

valproic acid.....16

**Z**

zolpidem tartrate.....19



*[Handwritten signature]*

*A.H.A.*



A.H.A.

*[Handwritten signature]*



# ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

## Sub-Formulario de Salud Física

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-107-03

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-16-2732





**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
**Administración de Seguros de Salud**

Hon. Ricardo A. Rosselló Novaras  
Gobernador

Sra. Angela M. Ávila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,



Angela M. Ávila Marrero  
Directora Ejecutiva





## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.

- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o “PBM”) contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán registrarse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.
- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su medico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### 4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen. Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO**

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)  
 2017**



**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	10
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL.....	11
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	12
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	13
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	13
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración].....	13
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS].....	14
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	14
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS].....	14
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación].....	14
Macrolides [Macrólidos].....	14
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos].....	14
Penicillins [Penicilinas].....	15
Quinolones [Quinolonas].....	15
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación].....	16
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	16
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación].....	16
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES].....	16
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes].....	16
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA].....	17
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa].....	17
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS].....	17
Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao].....	17

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS] .....	17
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidas] .....	17
Biguanides [Biguanidas] .....	17
Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4] .....	18
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas] .....	18
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin] .....	18
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia] .....	18
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración] .....	18
Sulfonylureas [Sulfonilureas] .....	18
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] .....	18
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	18
Phenothiazines [Fenotiazinas] .....	18
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA] .....	19
Antigout Agents [Agentes Antigota] .....	19
Uricosurics [Uricosúricos] .....	19
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS] .....	19
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos] .....	19
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	19
Angiotensin II Receptor Blockers (Arb) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II] .....	19
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin] .....	19
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio] .....	19
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica] .....	20
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos] .....	20
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] .....	20
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa] .....	20
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos] .....	20
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio] .....	21
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas] .....	21
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores] .....	21
Vasodilators [Vasodilatadores] .....	21
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA] .....	21
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos] .....	21



ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS] .....	21
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos].....	21
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS] .....	22
Antituberculars [Antituberculosos] .....	22
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS].....	22
Antimalarials [Antimaláricos] .....	22
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] .....	22
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson] .....	22
Dopamine Precursors [Precursores De Dopamina] .....	23
Monoamine Oxidase B (Mao-B) Inhibitors [Inhibidores De Mao-B].....	23
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] .....	23
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	23
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....	23
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza] .....	23
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA] .....	24
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	24
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .....	24
Anticoagulants [Anticoagulantes] .....	24
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides] .....	24
Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas] .....	24
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES] .....	24
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II] .....	24
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A] .....	25
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	25
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	25
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III] .....	25
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos] .....	25
Vasodilators [Vasodilatadores] .....	25
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] .....	26
Antifungals [Antifungales].....	26
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] .....	26
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos] .....	26



DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	26
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares] .....	26
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico].....	26
Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa].....	26
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	27
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2] .....	27
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos] .....	27
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones].....	27
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS].....	27
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos] .....	27
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES].....	27
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide] .....	27
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos] .....	27
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina] .....	27
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	27
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....	28
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	28
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL].....	28
Aminosalicylates [Aminosalicilatos].....	28
Sulfonamides [Sulfonamidas] .....	28
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	28
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES] .....	28
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] .....	28
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales] .....	29
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS] .....	29
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma].....	29
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos] .....	29
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	29
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos] .....	29
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS].....	30
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos] .....	30
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos].....	30

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS] ..... 30

    Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos] ..... 30

    Antileukotrienes [Antileukotrienos] ..... 30

    Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos] ..... 30

    Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados] ..... 30

    Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1] ..... 31

    Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos] ..... 31

**DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017**

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=5 días
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	QL=5 días
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	QL=5 días
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=5 días
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	QL=5 días
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	QL=5 días
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	2	Non-Preferred	INDOCIN	QL=5 días



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:

<b>1</b>	<b>menos de \$20</b>	<b>Menos costoso mensualmente</b>
<b>2</b>	<b>\$20 - \$49</b>	
<b>3</b>	<b>\$50 - \$99</b>	
<b>4</b>	<b>\$100 - \$199</b>	
<b>5</b>	<b>\$200 - \$349</b>	
<b>6</b>	<b>\$350 - \$549</b>	
<b>7</b>	<b>\$550 - \$799</b>	
<b>8</b>	<b>\$800 - \$1,099</b>	
<b>9</b>	<b>\$1,100 - \$1,499</b>	
<b>10</b>	<b>\$1,500 - \$1,999</b>	
<b>11</b>	<b>\$2,000 - \$2,499</b>	
<b>12</b>	<b>\$2,500 - \$2,999</b>	
<b>13</b>	<b>\$3,000 - \$3,499</b>	
<b>14</b>	<b>\$3,500 - \$3,999</b>	
<b>15</b>	<b>\$4,000 - \$4,499</b>	
<b>16</b>	<b>\$4,500 - \$4,999</b>	
<b>17</b>	<b>\$5,000 - \$5,499</b>	
<b>18</b>	<b>\$5,500 - \$5,999</b>	
<b>19</b>	<b>\$6,000 - \$6,499</b>	
<b>20</b>	<b>\$6,500 - \$6,999</b>	
<b>21</b>	<b>\$7,000 - \$7,499</b>	
<b>22</b>	<b>\$7,500 - \$7,999</b>	
<b>23</b>	<b>\$8,000 - \$8,499</b>	
<b>24</b>	<b>\$8,500 - \$9,000</b>	
<b>25</b>	<b>más de \$9,000</b>	<b>Más costoso mensualmente</b>



Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

## MEDICAMENTOS GENÉRICOS

**Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas.** Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=5 días
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	QL=5 días
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No repeticiones
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	QL=5 días
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]</b>				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=5 días
<i>acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=5 días
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=5 días
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=5 días
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	1	Preferred	FIORICET	QL=5 días
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	QL=5 días
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	2	Preferred	FIORICET	QL=5 días
<i>margesic 50-325-40 mg cap</i>	2	Preferred	FIORICET	QL=5 días

*ASB*

*A.H.H.*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
<b>Local Anesthetics [Anestésicos Locales]</b>				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	QL=5 días
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]</b>				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	QL=5 días
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Non-Preferred	DURICEF	QL=5 días, AL 0-12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	QL=5 días
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Non-Preferred	DURICEF	QL=5 días, AL 0-12 años
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	QL=5 días
<i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	QL=5 días
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	QL=5 días
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	QL=5 días
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	QL=5 días
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	QL=5 días
<b>ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab</b>	4	Non-Preferred		QL=5 días
<b>Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	QL=5 días
<b>MACRODANTIN 25 mg cap</b>	1	Preferred		QL=5 días

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*Handwritten signature*

*Handwritten initials*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	FLAGYL	QL=5 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	1	Preferred	MACRODANTIN	QL=5 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACRODANTIN	QL=5 días
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACROBID	QL=5 días
<b>Penicillins [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	QL=5 días
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml susp, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	QL=5 días
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	QL=5 días
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	QL=5 días
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	QL=5 días
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	QL=5 días
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	LEVAQUIN	QL=5 días
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	Preferred	CIPRO	QL=5 días
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	QL=5 días

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]</b>				
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	QL=5 días
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	QL=5 días
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	QL=5 días
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	QL=5 días
<b>Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]</b>				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	QL=5 días
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	QL=5 días
<b>ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]</b>				
<b>Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]</b>				
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	1	Preferred	TEGRETOL	QL=5 días
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	QL=5 días
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	KEPPRA	QL=5 días
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	1	Preferred	TRILEPTAL	QL=5 días
<i>phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab</i>	1	Preferred	PHENOBARBITAL	QL=5 días
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MYSOLINE	QL=5 días
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	QL=5 días
<i>DILANTIN 30 mg cap</i>	2	Preferred		QL=5 días

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>levetiracetam 1000 mg tab, 750 mg tab</i>	2	Preferred	KEPPRA	QL=5 días
<i>oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab</i>	2	Preferred	TRILEPTAL	QL=5 días
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
<i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln</i>	3	Preferred	ZARONTIN	QL=5 días
<i>phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln</i>	3	Preferred	PHENOBARBITAL	QL=5 días
<b>ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]</b>				
<b>Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]</b>				
<i>donepezil hcl 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ARICEPT	QL=5 días
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	3	Preferred	EXELON	QL=5 días
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>				
<b>Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao]</b>				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Non-Preferred	CARBEX	QL=5 días
<b>ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]</b>				
<b>Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]</b>				
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	Preferred	PRECOSE	QL=5 días
<b>Biguanides [Biguanidas]</b>				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL=5 días

JSA



L.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4]</b>				
KOMBIGLYZE XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr	3	Preferred		QL=5 días, ST, P
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred		QL=5 días, ST, P
<b>Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]</b>				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P
<b>Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]</b>				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	QL=5 días
<b>Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]</b>				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P
<b>Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]</b>				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P
<b>Sulfonylureas [Sulfonilureas]</b>				
<i>glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	AMARYL	QL=5 días
<i>glipizide 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOTROL	QL=5 días
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	QL=5 días
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	Preferred	TIGAN	QL=5 días
<b>Phenothiazines [Fenotiazinas]</b>				
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	COMPAZINE	QL=5 días
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	Non-Preferred	COMPAZINE	QL=5 días

*ASB*

*ALH*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]</b>				
Antigout Agents [Agentes Antigota]				
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ZYLOPRIM	QL=5 días
<i>colchicine 0.6 mg cap</i>	3	Preferred	MITIGARE	PA
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	Non-Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
Uricosurics [Uricosúricos]				
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	Preferred	BENEMID	QL=5 días
<b>ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]</b>				
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]				
<i>clonidine hcl 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	QL=5 días
<i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ALDOMET	QL=5 días
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	QL=5 días
Angiotensin II Receptor Blockers (Arb) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	COZAAR	QL=5 días
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	HYZAAR	QL=5 días
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin]				
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTRIL	QL=5 días
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	QL=5 días
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]				
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NORVASC	QL=5 días

*Handwritten signature*

*Handwritten initials*

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab</i>	1	Preferred	CARDIZEM	QL=5 días
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	CALAN	QL=5 días
<b>Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica]</b>				
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	Preferred	DIAMOX	QL=5 días
<b>Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	QL=5 días
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	QL=5 días
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	QL=5 días
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	LOPRESSOR	QL=5 días
<b>Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	QL=5 días
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	QL=5 días
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	QL=5 días
<b>Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]</b>				
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	QL=5 días
<b>Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	QL=5 días
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	QL=5 días

30

A.H.A.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio]</b>				
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ALDACTONE	QL=5 días
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	Preferred	MAXZIDE	QL=5 días
<b>Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]</b>				
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	DIURIL	QL=5 días
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	HYGROTON	QL=5 días
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		QL=5 días
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	QL=5 días
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LOZOL	QL=5 días
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL=5 días
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	2	Preferred	HYGROTON	QL=5 días
<i>metolazone 10 mg tab</i>	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL=5 días
<b>Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]</b>				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	QL=5 días
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	QL=5 días
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]</b>				
<b>Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]</b>				
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	QL=5 días
<b>ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]</b>				
<b>Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]</b>				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	QL=5 días

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	6	Non-Preferred	MESTINON	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
Antituberculars [Antituberculosos]				
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ISONIAZID	QL=5 días
<i>rifampin 150 mg cap</i>	1	Preferred	RIFADIN	QL=5 días
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	QL=5 días
<i>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	QL=5 días
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Non-Preferred	ISONIAZID	QL=5 días
<i>rifabutin 150 mg cap</i>			MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Program
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
CAPASTAT SULFATE 1 gm inj				
RIFAMATE 150-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
<b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>				
Antimalarials [Antimaláricos]				
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ARALEN	QL=5 días
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	Preferred	PLAQUENIL	QL=5 días
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		QL=5 días
<b>ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]</b>				
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]				
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	MIRAPEX	QL=5 días
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	REQUIP	QL=5 días
<i>ropinirole hcl 2 mg tab</i>	2	Preferred	REQUIP	QL=5 días
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signatures]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab</i>	4	Non-Preferred	STALEVO	QL=5 días
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	5	Non-Preferred	STALEVO	QL=5 días
<b>Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina]</b>				
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	1	Preferred	SINEMET	QL=5 días
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	2	Preferred	SINEMET	QL=5 días
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	Preferred	SINEMET CR	QL=5 días
<b>Monoamine Oxidase B (Mao-B) Inhibitors [Inhibidores De Mao-B]</b>				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Preferred	CARBEX	QL=5 días
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
<b>Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]</b>				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA, QL=5 días
<b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	QL=5 días
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	QL=5 días
<b>Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]</b>				
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]</b>				
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	QL=5 días
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
Anticoagulants [Anticoagulantes]				
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	COUMADIN	QL=5 días
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	2	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	8	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
<i>NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln</i>	12	Preferred		PA, QL=5 días, P
<i>NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln</i>	12	Preferred		PA, QL=5 días, P
Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas]				
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	PLETAL	QL=5 días
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	Preferred	PLAVIX	QL=5 días
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]</b>				
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	QL=5 días

*A.P.A.*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
sotalol hcl (af) 120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	QL=5 días
<b>Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]</b>				
quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL=5 días
quinidine gluconate er 324 mg tab er	2	Preferred	QUINAGLUTE	QL=5 días
quinidine sulfate er 300 mg tab er	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL=5 días
<b>Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]</b>				
mexiletine hcl 150 mg cap	2	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
mexiletine hcl 200 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
<b>Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]</b>				
flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TAMBOCOR	QL=5 días
propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab	1	Preferred	RYTHMOL	QL=5 días
flecainide acetate 150 mg tab	2	Preferred	TAMBOCOR	QL=5 días
propafenone hcl 300 mg tab	3	Preferred	RYTHMOL	QL=5 días
<b>Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]</b>				
amiodarone hcl 200 mg tab	1	Preferred	CORDARONE	QL=5 días
<b>Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]</b>				
digox 125 mcg tab, 250 mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	QL=5 días
digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	QL=5 días
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	ISORDIL	QL=5 días

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	QL=5 días
NITROSTAT 0.3 mg tab subl, 0.4 mg tab subl, 0.6 mg tab subl	1	Preferred		QL=5 días
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]</b>				
Antifungals [Antifungales]				
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	QL=5 días, OTC
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp, 100000 unit/ml crm</i>	1	Preferred	NYSTATIN	QL=5 días
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>				
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos]				
<i>mupirocin 2 % oint</i>	1	Preferred	BACTROBAN	QL=5 días
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	1	Preferred	SILVADENE	QL=5 días
<i>gentamicin sulfate 0.1 % crm</i>	2	Preferred	GARAMYCIN	QL=1 frasco / 5 días
<i>gentamicin sulfate 0.1 % oint</i>	2	Preferred	GARAMYCIN	QL=1 tubo / 5 días
<b>DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]</b>				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares]				
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	QL=5 días
<i>cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	QL=5 días
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	QL=5 días
Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa]				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	QL=5 días
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	QL=5 días


*AS*

*A.H.A.H.*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>				
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]</b>				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	QL=5 días
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	QL=5 días
<b>Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]</b>				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	2	Preferred	ACTIGALL	PA, QL=5 días
<b>Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]</b>				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=5 días
<b>GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]</b>				
<b>Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]</b>				
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PYRIDIUM	QL=3 días
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
<b>Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]</b>				
<i>methimazole 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	TAPAZOLE	QL=5 días
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	QL=5 días
<b>Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]</b>				
SENSIPAR 30 mg tab	7			PA, QL=5 días
SENSIPAR 60 mg tab	9			PA, QL=5 días
SENSIPAR 90 mg tab	10			PA, QL=5 días
<b>Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina]</b>				
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días
<b>Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]</b>				
<i>levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab</i>	1	Preferred	SYNTHROID	QL=5 días

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		QL=5 días
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	QL=5 días
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	QL=5 días
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL=5 días
prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL=5 días
methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	QL=5 días
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]</b>				
<b>Aminosalicylates [Aminosalicilatos]</b>				
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		QL=5 días, P
ASACOL HD 800 mg tab dr	6	Preferred		QL=5 días, P
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	QL=5 días
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
<b>MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]</b>				
<b>Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]</b>				
baclofen 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	LIORESAL	QL=5 días
dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap	2	Preferred	DANTRIUM	QL=5 días

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	3	Preferred	DANTRIUM	QL=5 días
<b>Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]</b>				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	QL=5 días
<b>OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]</b>				
<b>Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]</b>				
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	Preferred	ALPHAGAN	QL=1 frasco 5 ml / 15 días
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	1	Preferred	TRUSOPT	QL=1 frasco / 30 días
<i>levobunolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	QL=1 frasco / 15 días
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	QL=1 frasco / 15 días
<i>timolol maleate 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	QL=1 frasco / 30 días
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	QL=1 frasco / 25 días
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	Preferred	COSOPT	QL=1 frasco / 30 días
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	Non-Preferred	BETOPTIC	QL=1 frasco / 15 días
<b>Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]</b>				
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	QL=5 días
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	QL=5 días
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	TOBREX	QL=1 frasco / 5 días
<b>Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]</b>				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	QL=1 frasco / 25 días
<b>Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	1	Preferred	MAXITROL	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	2	Preferred	PRED FORTE	QL=1 frasco / 5ml / 25 días
<b>OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]</b>				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	QL= 1 frasco / 10 días
<b>Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	QL=1 frasco / 10 días
<b>RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]</b>				
<b>Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]</b>				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Non-Preferred	ATROVENT	QL=5 días
<b>Antileukotrienes [Antileukotrienos]</b>				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	QL=5 días
<b>Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]</b>				
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	QL=5 días
<b>Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]</b>				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
FLOVENT HFA 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp,</i>	4	Non-Preferred	PULMICORT	QL=5 días, AL 0-12 años
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL 0-12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P

*296*

*A.P.A.*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]</b>				
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PHENERGAN	QL=5 días
<b>Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]</b>				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb soln, 2 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PROVENTIL	QL=5 días
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	QL=5 días
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	1	Preferred		QL=1 frasco / 30 días, P



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**A**

acarbose .....19  
 acetaminophen-codeine.....13  
 acetaminophen-codeine #2 .....13  
 acetaminophen-codeine #3 .....13  
 acetaminophen-codeine #4 .....13  
 acetazolamide .....22  
 acetic acid.....37  
 acyclovir .....28  
 albuterol sulfate .....38  
 allopurinol .....21  
 amantadine hcl ..... 26, 27, 28  
 amiodarone hcl.....30  
 amlodipine besylate .....22  
 amoxicillin .....16  
 amoxicillin-pot clavulanate.....16  
 ampicillin .....16  
 ASACOL HD.....35  
 atenolol .....22  
 atenolol-chlorthalidone.....23  
 atorvastatin calcium .....32  
 azithromycin.....14

**B**

baclofen .....35  
 betaxolol hcl.....36  
 brimonidine tartrate .....35  
 bromocriptine mesylate..... 27, 33  
 budesonide .....38  
 butalbital-apap-caffeine.....14

**C**

CAPASTAT SULFATE.....26  
 carbamazepine .....17  
 carbidopa-levodopa.....27  
 carbidopa-levodopa er .....27  
 carbidopa-levodopa-entacapone.....27  
 carvedilol.....24  
 cefaclor .....17  
 cefadroxil.....14  
 cefdinir .....17  
 cefprozil.....17  
 cephalexin.....14  
 chloroquine phosphate.....26  
 chlorothiazide .....24  
 chlorthalidone .....24  
 cholestyramine .....32  
 cholestyramine light .....32  
 cilostazol .....29

ciprofloxacin..... 16, 17  
 ciprofloxacin hcl.....16  
 clarithromycin .....15  
 clindamycin hcl.....15  
 clonidine hcl.....21  
 clopidogrel bisulfate .....29  
 clotrimazole.....31  
 colchicine .....21  
 COLCRYS .....21  
 cyclobenzaprine hcl.....35  
 cycloserine.....25

**D**

dantrolene sodium.....35  
 DARAPRIM.....26  
 DELZICOL .....34  
 dexamethasone.....34  
 digox .....30  
 digoxin.....31  
 DILANTIN .....18  
 diltiazem hcl.....22  
 DIURIL .....24  
 donepezil hcl.....19  
 dorzolamide hcl.....35

**E**

ERYTHROCIN STEARATE.....15  
 erythromycin base.....15  
 erythromycin ethylsuccinate .....15  
 ethosuximide .....18

**F**

famotidine .....32  
 flecainide acetate .....30  
 FLOVENT DISKUS .....37  
 FLOVENT HFA..... 37, 38  
 furosemide .....23

**G**

gabapentin .....17  
 gemfibrozil .....32  
 gentamicin sulfate ..... 31, 36  
 glimepiride .....20  
 glipizide .....20  
 guaifenesin-codeine .....37

**H**

heparin sodium (porcine) ..... 28, 29

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



<i>heparin sodium (porcine) pf</i> .....	29
HUMULIN 70/30.....	20
HUMULIN N.....	20
HUMULIN R.....	20
<i>hydralazine hcl</i> .....	25
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	24
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	26

**I**

<i>ibuprofen</i> .....	13
<i>indapamide</i> .....	24
<i>indomethacin</i> .....	13
<i>ipratropium bromide</i> .....	37
<i>isoniazid</i> .....	25
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	31
<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	31

**K**

KOMBIGLYZE XR.....	19
--------------------	----

**L**

<i>latanoprost</i> .....	36
<i>levetiracetam</i> .....	17, 18
<i>levobunolol hcl</i> .....	35
<i>levofloxacin</i> .....	16
<i>levothyroxine sodium</i> .....	33
<i>lidocaine viscous</i> .....	14
<i>lisinopril</i> .....	22
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	22
<i>losartan potassium</i> .....	21
<i>losartan potassium-hctz</i> .....	21

**M**

MACRODANTIN.....	15
<i>margesic</i> .....	14
MESTINON.....	25
<i>metformin hcl</i> .....	19
<i>methimazole</i> .....	33
<i>methyldopa</i> .....	21
<i>methyprednisolone</i> .....	34
<i>metoclopramide hcl</i> .....	20
<i>metolazone</i> .....	24
<i>metoprolol succinate er</i> .....	22, 23
<i>metoprolol tartrate</i> .....	23
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	23
<i>metronidazole</i> .....	15
<i>mexiletine hcl</i> .....	30
<i>montelukast sodium</i> .....	37
<i>mupirocin</i> .....	31

**N**

<i>nabumetone</i> .....	13
<i>naproxen</i> .....	13
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> .....	36
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	37
NEULASTA.....	29
NEULASTA DELIVERY KIT.....	29
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	15
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	15
NITROSTAT.....	31
<i>nystatin</i> .....	31

**O**

<i>omeprazole</i> .....	32
ONGLYZA.....	19
<i>oxcarbazepine</i> .....	18

**P**

<i>penicillin v potassium</i> .....	16
<i>phenazopyridine hcl</i> .....	33
<i>phenobarbital</i> .....	18, 19
<i>phenytoin</i> .....	18
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	18
<i>pioglitazone hcl</i> .....	20
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	26
<i>prednisolone acetate</i> .....	36
<i>prednisone</i> .....	34
<i>prednisone (pak)</i> .....	34
<i>primidone</i> .....	18
<i>probenecid</i> .....	21
<i>prochlorperazine</i> .....	20
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	20
<i>promethazine hcl</i> .....	38
<i>propafenone hcl</i> .....	30
<i>propranolol hcl</i> .....	23, 29
<i>propylthiouracil</i> .....	33
<i>pyrazinamide</i> .....	25
<i>pyridostigmine</i> .....	25
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	25

**Q**

<i>quinidine gluconate er</i> .....	30
<i>quinidine sulfate</i> .....	30
<i>quinidine sulfate er</i> .....	30

**R**

<i>ranitidine hcl</i> .....	32
<i>rifabutin</i> .....	25
RIFAMATE.....	26

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



<i>rifampin</i> .....	25
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	19
<i>ropinirole hcl</i> .....	26

**S**

<i>salsalate</i> .....	13
<i>selegiline hcl</i> .....	19, 27
SENSIPAR.....	33
<i>silver sulfadiazine</i> .....	31
<i>simvastatin</i> .....	32
<i>sotalol hcl</i> .....	29
<i>sotalol hcl (af)</i> .....	29
<i>spironolactone</i> .....	24
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i> .....	17
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	17
<i>sulfasalazine</i> .....	35
SYNTHROID.....	34

**T**

<i>terazosin hcl</i> .....	21, 28
----------------------------	--------

<i>terbutaline sulfate</i> .....	38
<i>timolol maleate</i> .....	36
<i>tobramycin</i> .....	36
<i>topiramate</i> .....	18, 25
<i>tramadol hcl</i> .....	14
TRECATOR.....	26
<i>triamterene-hctz</i> .....	24
<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	20

**U**

<i>ursodiol</i> .....	32
-----------------------	----

**V**

<i>valganciclovir hcl</i> .....	27
VENTOLIN HFA.....	38
<i>verapamil hcl</i> .....	22

**W**

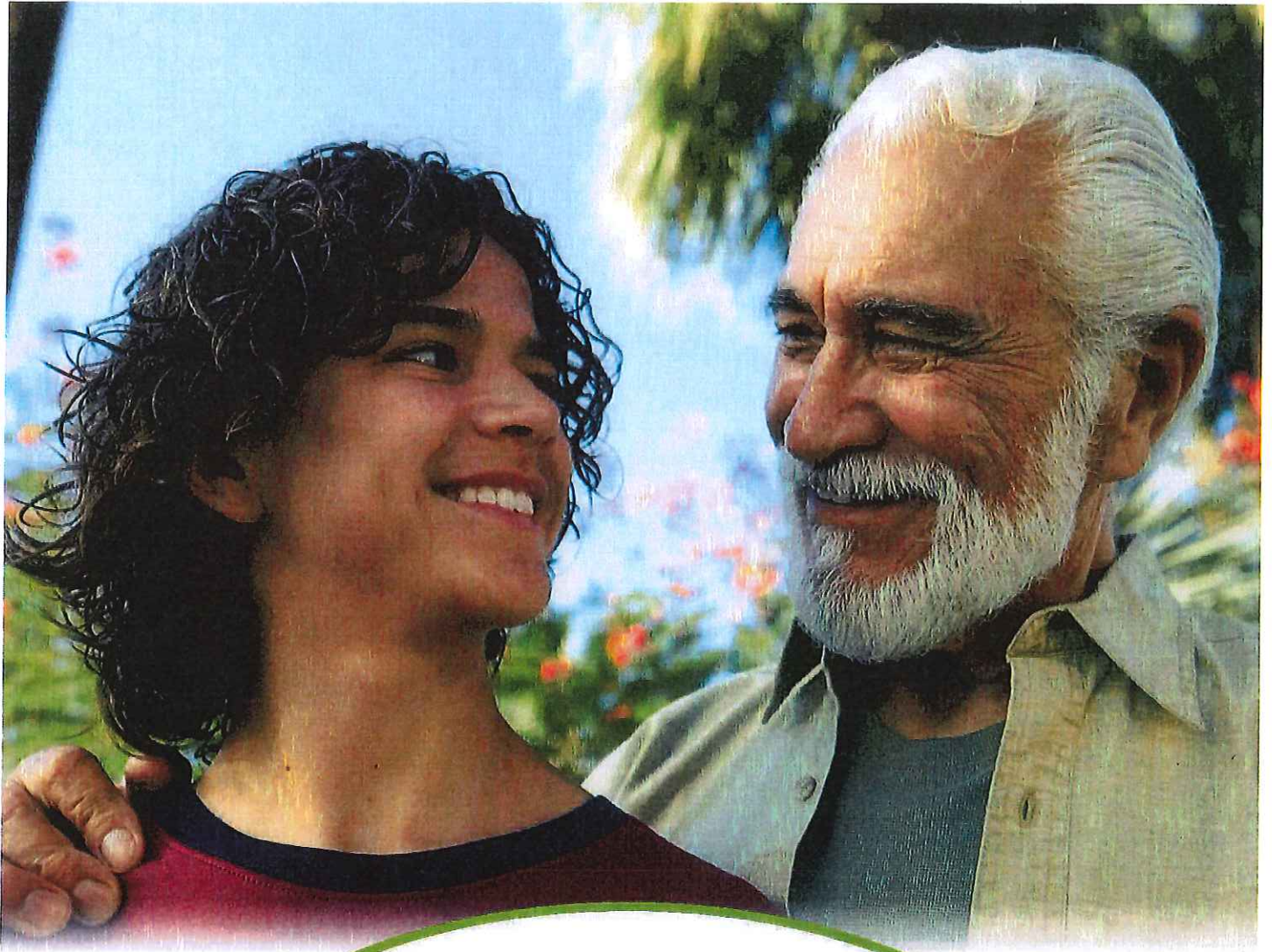
<i>warfarin sodium</i> .....	28
------------------------------	----



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





**ASES**

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

# Sub-Formulario de Salud Mental

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-107-01



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Novaras  
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátricos contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,



Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva



A.H.M.



## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.



- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o “PBM”) contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán registrarse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.



- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su medico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### 4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen. Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.





**PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO**  
**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)**  
**2017**

**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	7
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL .....	7
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	8
ANTIANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD] .....	9
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	9
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1] .....	9
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS] .....	9
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos] .....	9
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina] .....	9
Tricyclic Agents [Tricíclicos] .....	10
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] .....	10
Anticholinergics [Anticolinérgicos] .....	10
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS].....	10
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación].....	10
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación] .....	10
DETOX TREATMENT [TRATAMIENTO DE DETOX] .....	11
Detox Treatment [Tratamiento De Detox].....	11
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO] .....	11
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad].....	11
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES].....	11
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD].....	11
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD].....	12
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO].....	12
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	12
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño].....	12

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



## DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]</b>				
<b>Benzodiazepines [Benzodiazepinas]</b>				
<i>diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	VALIUM	QL=5 días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	QL=5 días
<b>Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]</b>				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]</b>				
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	1	Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr</i>	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	QL=30 días

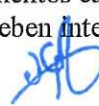



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:

1	menos de \$20	<b>Menos costoso mensualmente</b>
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	<b>Más costoso mensualmente</b>



**Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.**

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

### MEDICAMENTOS GENÉRICOS

**Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas.** Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]</b>				
<b>Benzodiazepines [Benzodiazepinas]</b>				
<i>diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	VALIUM	QL=5 días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	QL=5 días
<b>Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]</b>				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]</b>				
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	1	Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr</i>	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	QL=30 días
<i>mirtazapine 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	REMERON	QL=30 días
<i>trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DESYREL	QL=30 días
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr</i>	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN XL	QL=30 días
<i>mirtazapine 15 mg odt, 30 mg odt, 45 mg odt</i>	3	Non-Preferred	REMERON	QL=30 días
<b>Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]</b>				
<i>citalopram hydrobromide 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	CELEXA	QL=30 días
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap</i>	1	Preferred	PROZAC	QL=30 días

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.H.*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>paroxetine hcl 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PAXIL	QL=30 días
<i>sertraline hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ZOLOFT	QL=30 días
<i>venlafaxine hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	Preferred	EFFEXOR	QL=30 días
<b>Tricyclic Agents [Tricíclicos]</b>				
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	Preferred	ELAVIL	QL=30 días
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	SINEQUAN	QL=30 días
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOFRANIL	QL=30 días
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	PAMELOR	QL=30 días
<i>doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	Preferred	SINEQUAN	QL=30 días
<b>ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]</b>				
<b>Anticholinergics [Anticolinérgicos]</b>				
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	COGENTIN	QL=30 días
<b>ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS]</b>				
<b>Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]</b>				
<i>risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	RISPERDAL	QL=5 días
<b>Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]</b>				
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	HALDOL	QL=5 días
<i>haloperidol 5 mg tab</i>	2	Preferred	HALDOL	QL=5 días
<i>haloperidol 10 mg tab</i>	3	Preferred	HALDOL	QL=5 días
<i>haloperidol 20 mg tab</i>	4	Preferred	HALDOL	QL=5 días

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>DETOX TREATMENT [TRATAMIENTO DE DETOX]</b>				
<b>Detox Treatment [Tratamiento De Detox]</b>				
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	QL=7 días
<i>folic acid 1 mg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	QL=7 días
<i>ibuprofen 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=7 días
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	1	Preferred	IMODIUM	QL=7 días
<i>vitamin b-1 100 mg tab</i>	1	Preferred	THIAMINE	QL=7 días
<b>MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO]</b>				
<b>Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]</b>				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	QL=30 días
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	QL=30 días
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DEPAKENE	QL=30 días
<b>PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]</b>				
<b>ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]</b>				
<i>amphetamine-dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab</i>	2	Preferred	ADDERALL	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
<i>amphetamine-dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	3	Preferred	ADDERALL	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	3	Preferred	DEXEDRINE	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24 hr, 10 mg cap er 24 hr</i>	4	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr</i>	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
<i>DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL</i>	4	Non-Preferred	DYANAVEL XR	PA, AL 6-20 años

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*A.H.A.*

*[Handwritten Signature]*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD]</b>				
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	QL=7 días
<i>dexmethylphenidate hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	FOCALIN	QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	2	Preferred	RITALIN	QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años
<i>dexmethylphenidate hcl 10 mg tab</i>	3	Preferred	FOCALIN	QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	Preferred	RITALIN	QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años
STRATTERA 10 mg cap, 100 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap	4	Preferred		PA, QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años, P
<b>SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]</b>				
<b>Benzodiazepines [Benzodiazepinas]</b>				
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	DALMANE	QL=5 días
<i>temazepam 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	RESTORIL	QL=5 días
<b>Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]</b>				
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	AMBIEN	QL=5 días



*A.H.A.*

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*[Handwritten signature]*



<b>A</b>		<b>L</b>	
amitriptyline hcl.....	10	lamotrigine .....	11
amphetamine-dextroamphetamine .....	11	loperamide hcl.....	11
		lorazepam.....	9
<b>B</b>		<b>M</b>	
benztropine mesylate.....	10	methylphenidate hcl.....	12
bupropion hcl.....	9	mirtazapine .....	9
bupropion hcl er (sr).....	9		
bupropion hcl er (xl) .....	9	<b>N</b>	
		nortriptyline hcl .....	10
<b>C</b>			
citalopram hydrobromide .....	9	<b>P</b>	
clonidine hcl.....	11, 12	paroxetine hcl.....	10
<b>D</b>			
dexmethylphenidate hcl.....	12	<b>R</b>	
dextroamphetamine sulfate .....	12	risperidone .....	10
dextroamphetamine sulfate er.....	12		
diazepam .....	9	<b>S</b>	
divalproex sodium .....	11	sertraline hcl .....	10
doxepin hcl.....	10	STRATTERA .....	12
DYANAVEL XR .....	12		
		<b>T</b>	
<b>F</b>		temazepam.....	12
fluoxetine hcl.....	10	trazodone hcl.....	9
flurazepam hcl.....	12		
folic acid.....	11	<b>V</b>	
		valproic acid.....	11
<b>H</b>		venlafaxine hcl.....	10
haloperidol .....	11	vitamin b-1 .....	11
hydroxyzine pamoate.....	9		
		<b>Z</b>	
<b>I</b>		zolpidem tartrate.....	13
ibuprofen.....	11		
imipramine hcl .....	10		

*[Handwritten signature]*

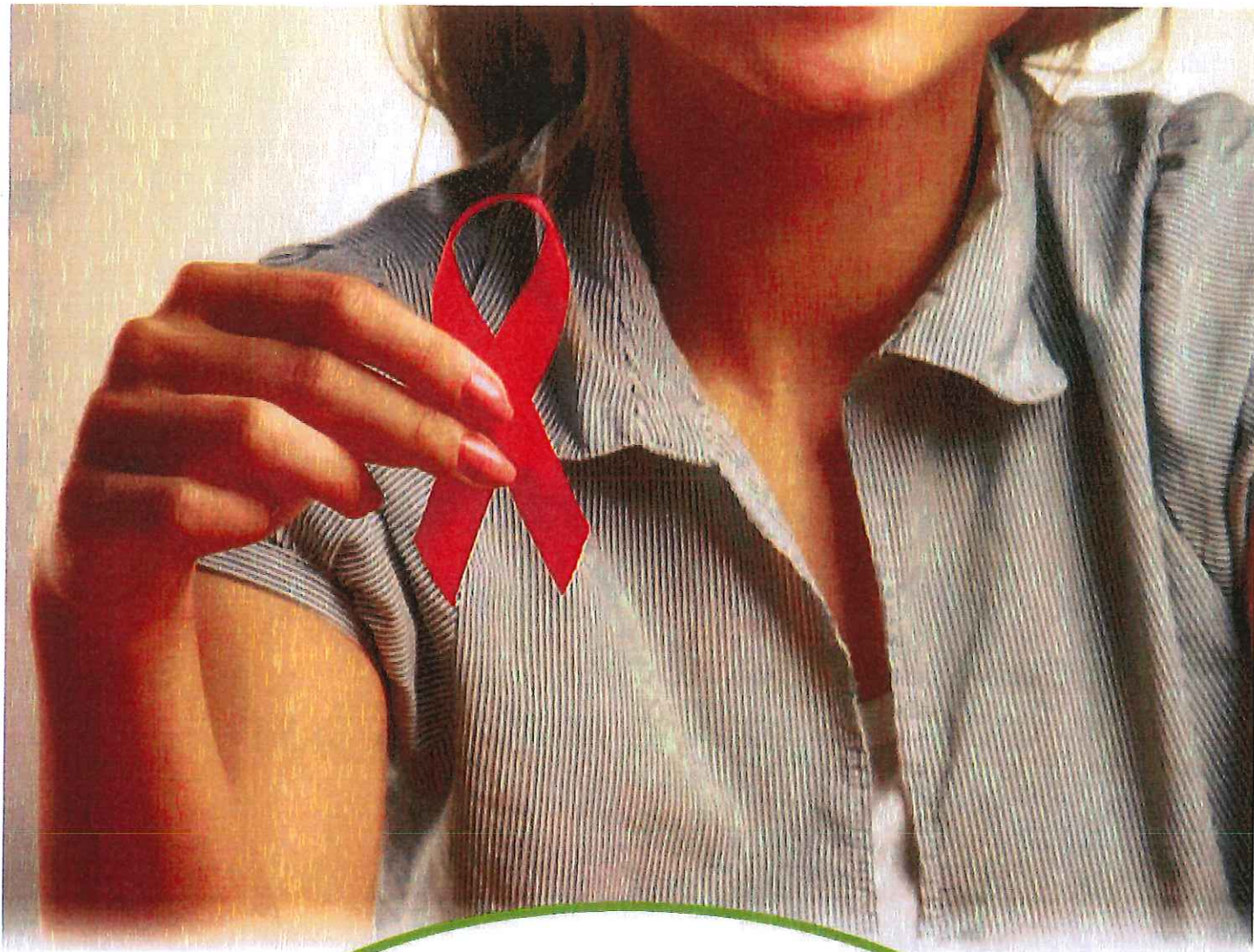
*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





**ASES**

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

# VIH-SIDA

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



*A.H.A.H.*



Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-16-2732

15-107-11



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosello Novas  
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normalivas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,



Angela M. Avila Marrero  
Directora Ejecutiva



## ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

### 1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por excepción. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

- a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como obligatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.

*[Handwritten signatures]*



- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o “PBM”) contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán registrarse por un formulario distinto al PDL, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.



- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### 4. Regla de Emergencia

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen.

Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



**PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO**

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)  
 2017**

**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	8
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL .....	8
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	9
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA].....	10
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] .....	10
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	10
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .....	10
Macrolides [Macrólidos].....	10
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] .....	11
Penicillins [Penicilinas].....	11
Quinolones [Quinolonas] .....	11
Sulfonamides [Sulfonamidas] .....	12
Tetracyclines [Tetraciclinas] .....	12
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS] .....	12
Antituberculars [Antituberculosos] .....	12
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos] .....	12
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS] .....	12
Antifungals [Antifungales].....	12
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS].....	13
Anthelmintics [Antihelmínticos] .....	13
Antimalarials [Antimaláricos].....	13
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríricos] .....	13
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] .....	13
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	13
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....	13

*[Handwritten signature]*

Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa]	13
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]	14
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>	<b>14</b>
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]	14
Iron [Hierro]	15
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>	<b>15</b>
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]	15
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]	15
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]</b>	<b>15</b>
Antifungals [Antifungales]	15
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>	<b>16</b>
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	16
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>	<b>16</b>
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	16



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno. Estos medicamentos se seleccionan en base a su perfil de seguridad, eficacia constatada (costo-efectividad), existencia de bioequivalentes y el costo de tratamiento. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos que dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el FMC.

En el ejemplo a continuación se ilustra la información que se provee para los medicamentos incluidos en el FMC.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
<b>Local Anesthetics [Anestésicos Locales]</b>				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>Aminoglycosides [Aminoglucósidos]</b>				
<i>streptomycin sulfate 1 gm im soln</i>	4	Preferred	STREPTOMYCIN	
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
<i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>	3	Preferred		



Para cada medicamento incluido en el FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según la indicación. En dicho ejercicio, se compara el costo promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos




en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:

<b>1</b>	<b>menos de \$20</b>	<b>Menos costoso mensualmente</b>
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$4,499	
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	
22	\$7,500 - \$7,999	
23	\$8,000 - \$8,499	
24	\$8,500 - \$9,000	
<b>25</b>	<b>más de \$9,000</b>	<b>Más costoso mensualmente</b>



**Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.**

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del FMC.

### MEDICAMENTOS GENÉRICOS

**Los medicamentos genéricos bio-equivalentes se identifican con letras minúsculas.** Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un costo máximo permitido (“Maximum Allowable Cost” o “MAC List”) para el reembolso de las farmacias contratadas en la red. De ordinario, este precio cubre el costo de adquisición de los productos genéricos, pero no del producto de marca. La selección de productos para ser incluidos en el MAC List son aquellos prescritos más comúnmente y que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (“FDA”, por sus siglas en inglés) para ser mercadeados.


Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
<b>Local Anesthetics [Anestésicos Locales]</b>				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
ERY-TAB 500 mg tab dr	3	Preferred		
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

*WJH* *A.H.H.*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
<b>Penicillins [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Non-Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	Preferred	CIPRO	



*Handwritten signature and initials: A.H.A.*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	Preferred	SULFADIAZINE	
<b>Tetracyclines [Tetraciclinas]</b>				
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	MINOCIN	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Non-Preferred	MONODOX	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
<b>Antituberculars [Antituberculosos]</b>				
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifampin 150 mg cap</i>	1	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	
<i>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>			MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
<i>RIFAMATE 50-300 mg cap</i>				
<i>TRECTOR 250 mg tab</i>				
<i>CAPASTAT 1 gm inj</i>				
<b>Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]</b>				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	
<b>ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]</b>				
<b>Antifungals [Antifungales]</b>				
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DIFLUCAN	

*ASB A.H.A.*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	1	Preferred	NIZORAL	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	Preferred	LAMISIL	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	2	Preferred	DIFLUCAN	
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i>	4	Preferred	VFEND	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	5	Preferred	SPORANOX	
SPORANOX 10 mg/ml soln	6	Preferred		
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	8	Preferred	VFEND	
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	10	Preferred	VFEND	
<b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>				
<b>Anthelmintics [Antihelmínticos]</b>				
ALBENZA 200 mg tab	9	Preferred		
<b>Antimalarials [Antimaláricos]</b>				
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		PA
<b>Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos]</b>				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Preferred		
<i>atovaquone 750 mg/5ml susp</i>	9	Non-Preferred	MEPRON	
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
<b>Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]</b>				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	
<b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	
<b>Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa]</b>				
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	1	Preferred	VIRAMUNE	
<i>nevirapine 50 mg/5ml susp</i>	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Non-Preferred		
SUSTIVA 200 mg cap	6	Preferred		P
<i>nevirapine er 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr</i>	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 50 mg cap, 600 mg tab	7	Preferred		P
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	

*Handwritten signatures*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]</b>				
<i>stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	Preferred	ZERIT	
<i>didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr</i>	4	Non-Preferred	VIDEX EC	
<i>lamivudine 10 mg/ml soln</i>	4	Preferred	EPIVIR	
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	4	Preferred	EPIVIR	
<i>zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr</i>	4	Non-Preferred	RETROVIR	
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	5	Non-Preferred	ZIAGEN	
<i>didanosine 400 mg cap dr</i>	5	Non-Preferred	VIDEX EC	
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	5	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Non-Preferred		
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	6	Preferred	EPIVIR	PA
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	6	Preferred	COMBIVIR	
ZIAGEN 20 mg/ml soln	6	Non-Preferred		
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
<b>Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]</b>				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 3000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P

*Handwritten signature/initials in blue ink.*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.3ml inj soln, 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
<b>Iron [Hierro]</b>				
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>				
<b>Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]</b>				
megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
<b>Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]</b>				
leucovorin calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg tab	9	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj	9	Non-Preferred	LEUCOVORIN	
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]</b>				
<b>Antifungals [Antifungales]</b>				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	

*Handwritten signature/initials*



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
<b>Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]</b>				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
<i>MEDROL 2 mg tab</i>	1	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	

*WJ*  
*A.H.A.*





<b>A</b>		<b>H</b>	
<i>abacavir sulfate</i> .....	14	<i>hydrocortisone</i> .....	16
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> .....	14	<b>I</b>	
<i>acyclovir</i> .....	13	<i>iron</i> .....	15
ALBENZA .....	13	<i>isoniazid</i> .....	12
<i>amoxicillin</i> .....	11	<i>itraconazole</i> .....	13
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	11	<b>K</b>	
<i>ampicillin</i> .....	11	<i>ketoconazole</i> .....	13
ARANESP (ALBUMIN FREE) .....	14, 15	<b>L</b>	
<i>atovaquone</i> .....	13	<i>lamivudine</i> .....	14
<i>azithromycin</i> .....	10	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	14
<b>B</b>		<i>leucovorin calcium</i> .....	15
BICILLIN L-A .....	11	<i>levofloxacin</i> .....	11
<b>C</b>		<i>lidocaine viscous</i> .....	10
CAPASTAT .....	12	<b>M</b>	
<i>ciprofloxacin</i> .....	11, 12	MEDROL .....	16
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	11	<i>megestrol acetate</i> .....	15
<i>clarithromycin</i> .....	10	<i>methylprednisolone</i> .....	16
<i>clindamycin hcl</i> .....	11	<i>methylprednisolone (pak)</i> .....	16
<i>clotrimazole</i> .....	15	<i>minocycline hcl</i> .....	12
<i>cycloserine</i> .....	12	<b>N</b>	
<b>D</b>		NEBUPENT .....	13
<i>dapsone</i> .....	12	<i>nevirapine</i> .....	13
DARAPRIM .....	13	<i>nevirapine er</i> .....	13
<i>dexamethasone</i> .....	16	<i>nystatin</i> .....	16
<i>didanosine</i> .....	14	<b>P</b>	
<i>doxycycline monohydrate</i> .....	12	<i>penicillin g procaine</i> .....	11
<b>E</b>		<i>penicillin v potassium</i> .....	11
E.E.S. GRANULES .....	10	<i>prednisolone</i> .....	16
EPIVIR .....	14	<i>prednisone</i> .....	16
ERYPED 200 .....	10	<i>prednisone (pak)</i> .....	16
ERYPED 400 .....	10	PROCRIT .....	14, 15
ERY-TAB .....	10	<i>pyrazinamide</i> .....	12
ERYTHROCIN STEARATE .....	10	<b>R</b>	
<i>erythromycin base</i> .....	10	RESCRIPTOR .....	13
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	10	<i>rifabutin</i> .....	12
<i>ethambutol hcl</i> .....	12		
<b>F</b>			
<i>fluconazole</i> .....	12, 13		
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	16		

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*



RIFAMATE.....12  
*rifampin* .....12

**S**

SEROMYCIN.....12  
SPORANOX .....13  
*stavudine* .....14  
*sulfadiazine* .....12  
*sulfamethoxazole-tmp ds*.....12  
*sulfamethoxazole-trimethoprim* .....12  
SUSTIVA.....13

**T**

*terbinafine hcl* .....13  
TRECATOR.....12

**V**

*valganciclovir hcl* .....13  
VIDEX .....14  
*voriconazole* .....13

**Z**

ZIAGEN.....14  
*zidovudine*..... 13, 14

*[Handwritten signature]*

*A.H.A.H.*





*[Handwritten signature]*

*A.H.A.H.*