

ATTACHMENT 5

MASTER FORMULARY



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD,
GOBIERNO DE PUERTO RICO

№ 23 - 0045

Dental

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A

EMR



[Handwritten signature]





1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizados por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la pagina de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



PO Box 195661, San Juan, PR 00919-5661 • Tel: 787.474.3300 • www.asespr.org



EMR

 Página 2 de 12



ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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 salvguarde 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045



Página 4 de 12

Contrato Número

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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV 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 aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número





DENTAL

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV
2022

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO	3
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL.....	7
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	8
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	9
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [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
ANTISEPTIC [ANTISEPTICO].....	10

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital 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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPEUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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:

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045



Contrato Número



DENTAL

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.

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.

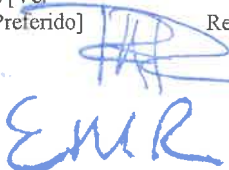
ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides De Corta Duración]				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=7 días; AL > 18 años
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=6 tabletas diarias/3 días de suplido en 30 días; AL > 18 años
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	NORCO	QL=6 tabletas diarias/3 días de suplido en 30 días
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
<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
Macrolides [Macrólidos]				
<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 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]
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		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
Penicillins [Penicilinas]				
<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	
ANTISEPTIC [ANTISEPTICO]				
<i>Chlorhexidine Gluconate Mouth/Throat Solution 0.12 %</i>	1	Preferred	PERIDEX	

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0045

Contrato Número

EMR

<p>A</p> <p>acetaminophen-codeine..... 9</p> <p>acetaminophen-codeine #3 9</p> <p>amoxicillin10</p> <p>ampicillin10</p> <p>C</p> <p>cefadroxil..... 9</p> <p>cephalexin..... 9</p> <p>chlorhexidine gluconate10</p> <p>clindamycin hcl10</p> <p>E</p> <p>E.E.S. GRANULES10</p> <p>ERYPED 200.....10</p> <p>ERYPED 400.....10</p> <p>ERY-TAB 9</p>	<p>ERYTHROCIN STEARATE..... 9</p> <p>erythromycin base..... 9</p> <p>erythromycin ethylsuccinate 9</p> <p>H</p> <p>hydrocodone-acetaminophen 9</p> <p>I</p> <p>ibuprofen 9</p> <p>N</p> <p>naproxen 9</p> <p>naproxen dr..... 9</p> <p>P</p> <p>penicillin v potassium10</p>
--	--

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR 

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Signature]

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Salud en tus manos
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Emergencia Integrado (FEI)

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B ▲ R C A

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR



[Handwritten signature]





GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
Director Ejecutivo | Jorge E. Galva, JD, MHA | jgalva@asespr.org

1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizados por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la pagina de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



PO Box 195661, San Juan, PR 00919-5661 • Tel: 787.474.3300 • www.asespr.org

EMR

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045



3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 4 de 41



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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV 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 aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 5 de 41



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV
2022

TABLA DE CONTENIDO

.....**Error! Bookmark not defined.**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV)
DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO..... 3

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE
REFERENCIA 2022..... 11

 RANGO DE COSTO NETO MENSUAL..... 11

 MEDICAMENTOS GENÉRICOS..... 12

THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] 13

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

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] 16

 Quinolones [Quinolonas]..... 16

 Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]..... 17

 Sulfonamides [Sulfonamidas]..... 17

 Tetracyclines [Tetraciclinas]..... 17

 Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación] 17

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 6 de 41
EMR

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales].....	17
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]	18
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes].....	18
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA].....	19
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]	19
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS].....	19
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]	19
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	20
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa].....	20
Biguanides [Biguanidas].....	20
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos].....	20
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas].....	20
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin].....	20
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]	20
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]	21
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]	21
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]	21
Sulfonylureas [Sulfonilureas]	21
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES].....	21
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]	21
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS].....	21
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	21
Phenothiazines [Fenotiazinas]	22
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA].....	22
Antigout Agents [Agentes Antigota]	22
Uricosurics [Uricosúricos].....	22
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS].....	22
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos].....	22
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	22
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]	22
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina].....	23
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio].....	23

ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 7 de 41



EMR

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica]	23
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos].....	23
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	23
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]	24
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	24
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio]	24
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	24
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores].....	25
Vasodilators [Vasodilatadores]	25
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA].....	25
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]	25
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS].....	25
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]	25
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	25
Antituberculars [Antituberculosos].....	25
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	26
Antimalarials [Antimaláricos]	26
Anthelmintics [Antihelmínticos]	26
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	26
Anticholinergics [Anticolinérgicos].....	26
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]	26
Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina]	27
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS]	27
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]	27
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación].....	27
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	28
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	28
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos].....	28
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza].....	28
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]	28
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos].....	28
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	28

ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD ,

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Anticoagulants [Anticoagulantes].....	28
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides].....	29
Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas].....	29
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES].....	29
Antiarrhythmics Class Ii [Antiarrítmicos Clase Ii].....	29
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A].....	30
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	30
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	30
Antiarrhythmics Type Iii [Antiarrítmicos Tipo Iii].....	30
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos].....	30
Vasodilators [Vasodilatadores].....	30
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES].....	31
Antifungals [Antifungales].....	31
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS].....	31
Pediculicides And Scabicides [Pediculicidas Y Escabicidas].....	31
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos].....	31
Warts [Verrugas].....	31
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	31
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares].....	31
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico].....	32
Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa].....	32
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	32
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].....	32
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos].....	32
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones].....	32
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS].....	32
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos].....	32
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES].....	32
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide].....	32
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos].....	33
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina].....	33
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	33
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES].....	33



Handwritten signature and initials in blue ink, including the letters 'EMR'.

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	33
Immune Globulins [Immunoglobulinas].....	33
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]	34
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]	34
Sulfonamides [Sulfonamidas]	34
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	34
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]	34
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]	34
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad].....	34
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]	34
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]	34
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]	34
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos].....	35
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	35
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	35
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	35
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	35
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	35
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	36
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	36
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	36
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos].....	36
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	36
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]	37
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	37

ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



EMR

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital 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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPEÚTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-inflamatorios No Esteroidales]				
<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>nebuprone 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

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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	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.

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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL = 5 días; AL > 18 años
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL = 6 tabletas diarias/ 5 días de suplido en 30 días; AL > 18 años
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	QL = 3 tabletas diarias/ 5 días de suplido en 30 días; AL ≥ 12 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 #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



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]
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	QL = 5 días
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<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
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	QL = 5 días
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
<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
Macrolides [Macrólidos]				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 14 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número



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]
azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días
clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab	2	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
clarithromycin 250 mg/5ml susp	3	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	QL = 5 días
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	QL = 5 días
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		QL = 5 días
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	QL = 5 días
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		QL = 5 días
metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	FLAGYL	QL = 5 días
nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap	1	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap	2	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML	6	Non-Preferred	FURADANTIN	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	2	Preferred	MACROBID	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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



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]
Penicillins [Penicilinas]				
<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
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Preferred		QL = 5 días
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	QL = 5 días
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		QL = 5 días
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Preferred		QL = 5 días
Quinolones [Quinolonas]				
<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

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD,

Nº 23 - 0045

Contrato Número



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>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
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]				
<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
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
<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
Tetracyclines [Tetraciclinas]				
<i>doxycycline monohydrate 100 mg cap</i>	2	Non-Preferred	MONODOX	QL=5 días
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i>	2	Non-Preferred	VIBRAMYCIN	QL=5 días
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]				
<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
<i>ceftriaxone 250 mg IM</i>	1	Preferred	ROCEPHIN	QL = 5 días
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Non-Preferred	CLEOCIN	QL = 5 días
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	METROGEL VAGINAL	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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 17 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0045



Contrato Número

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]
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	1	Preferred	TEGRETOL	QL = 5 días
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	QL = 5 días
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	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>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	QL = 5 días
<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	QL = 5 días
<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	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

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 18 de 41
Revisado: 03/17/2022

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>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DEPAKENE	QL = 5 días
<i>zonisamide 50 mg cap</i>	1	Preferred	ZONEGRAN	QL = 5 días
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		QL = 5 días
<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>zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap</i>	2	Preferred	ZONEGRAN	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
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]				
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]				
<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
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]				
<i>trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DESYREL	QL = 5 días
Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao]				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Non-Preferred	CARBEX	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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 19 de 41
Revisado: 03/17/2022

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]
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]				
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	Preferred	PRECOSE	QL = 5 días
Biguanides [Biguanidas]				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL = 5 días
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]				
BAQSIMI 3mg/dose nasal pwdr	5	Preferred		Pacientes con diabetes tipo 1, AL= 4-21 años, QL= 2/365 días, No refill.
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		QL= 1 kit en 15 días
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		QL = 30 días, P
HUMALOG Mix 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML sc susp	4	Preferred		QL = 30 días, P
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		QL = 30 días, P
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	QL = 5 días
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL = 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 20 de 41
Revisado: 03/17/2022

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]
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	2	Preferred		QL = 30 días, P
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		QL = 30 días, P
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		QL = 30 días, P
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		QL = 30 días, P
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
glimpiride 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
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]				
insulin syringe/needle	1	Preferred		QL = 30 días
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
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

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



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]
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
<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
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]				
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>COLCRYS 0.6 mg tab</i>	4	Non-Preferred		QL= 3 tab, 15días
Uricosurics [Uricosúricos]				
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	Preferred	BENEMID	QL = 5 días
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
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	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

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 22 de 41
Revisado: 03/17/2022

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]
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina]				
<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
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	CALAN	QL = 5 días
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica]				
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	Preferred	DIAMOX	QL = 5 días
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
<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
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 23 de 41

Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número

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-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
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]				
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	QL = 5 días
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
<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
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio]				
<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
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
<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

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 24 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0045



Contrato Número

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>metolazone 10 mg tab</i>	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL = 5 días
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	QL = 5 días
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	QL = 5 días
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]				
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	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
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]				
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	QL = 5 días
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		QL = 5 días
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	6	Non-Preferred	MESTINON	QL = 5 días
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
Antituberculars [Antituberculosos]				
CAPASTAT SULFATE 1 gm inj soln				QL = 5 días Puerto Rico Department Tuberculosis Control Program
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
RIFAMATE 150-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	7		MYCOBUTIN	

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 25 de 41
Revisado: 03/17/2022

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>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>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	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>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	QL = 5 días
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Non-Preferred	ISONIAZID	QL = 5 días
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]				
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
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	4	Preferred	QUININE	QL = 5 días
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		PA, QL = 5 días
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	TINDAMAX	QL = 5 días
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	COGENTIN	QL = 5 días
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

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 26 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número



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>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
Dopamine Precursors [Precursores De Dopamina]				
<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
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIÓTICOS]				
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]				
<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
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]				
<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 #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 27 de 41
Revisado: 03/17/2022

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]
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA, QL = 5 días
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
<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
<i>acyclovir 5% ointment</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	PA, QL = 5 días Cubierto para las clínicas de CLETS
<i>valacyclovir 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	Preferred	VALTREX	QL = 5 días
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]				
<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, 6 mg/ ml susp</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]				
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
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
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

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 28 de 41
Revisado: 03/17/2022

№ 23 - 0045



Contrato Número

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) 1000 unit/ml inj soln	2	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
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
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
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
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	9	Preferred		PA, P
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml PF syr	9	Preferred		PA, P
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	9	Preferred		PA, P
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln,	9	Preferred		PA, P
Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas]				
cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	PLETAL	QL = 5 días
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	1	Preferred	PLAVIX	QL = 5 días
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]				
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]				
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 29 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0045



Contrato Número

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]
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
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]				
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
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]				
mexiletine hcl 150 mg cap	2	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
mexiletine hcl 200 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]				
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
Antiarrhythmics Type Iii [Antiarrítmicos Tipo Iii]				
amiodarone hcl 200 mg tab	1	Preferred	CORDARONE	QL = 5 días
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]				
digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	QL = 5 días
Vasodilators [Vasodilatadores]				
isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	ISORDIL	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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 30 de 41
Revisado: 03/17/2022



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>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 sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub	1	Preferred		QL = 5 días
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
<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
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Pediculicides And Scabicides [Pediculicidas Y Escabicidas]				
<i>permethrin 5 % crm</i>	3	Preferred	ELIMITE	QL = 5 días
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>terbinafine 1% crm</i>	1	Preferred	LAMISIL	OTC, QL = 5 días
Warts [Verrugas]				
<i>imiquimod cream 5%</i>	1	Preferred	ALDARA	QL = 5 días, AL >12 años
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos 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

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0045

Contrato Número



Página 31 de 41
Revisado: 03/17/2022

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]
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
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	QL = 5 días
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA, QL = 5 días
<i>ursodiol 250 mg tab</i>	3	Preferred	URSO 250	PA, QL= 5 días
<i>ursodiol 500 mg tab</i>	4	Preferred	URSO Forte	PA, QL=5 días
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]				
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]				
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PYRIDIUM	QL = 3 días
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]				
<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

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 32 de 41
Revisado: 03/17/2022



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]
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]				
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
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina]				
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]				
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
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<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	QL = 5 días
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	QL = 5 días
<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	QL = 5 días
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	QL = 5 días
Immune Globulins [Immunoglobulinas]				
<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 #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 33 de 41
Revisado: 03/17/2022

№ 23 - 0045

Contrato Número



EMR

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]
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITINAL]				
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]				
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		QL = 5 días, P
mesalamine tab dr 800 mg	6	Preferred	ASACOL	QL = 5 días
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	QL = 5 días
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]				
vitamin d 400 unit cap	1	Preferred	VITAMIN D	QL = 5 días
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
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
dantrolene sodium 100 mg cap	3	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]				
cyclobenzaprine hcl 10 mg tab	1	Preferred	FLEXERIL	QL = 5 días
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]				
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln	1	Preferred	ALPHAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
dorzolamide hcl 2 % ophth soln	1	Preferred	TRUSOPT	QL = Frasco 10 ML/30 días
levobunolol hcl 0.5 % ophth soln	1	Preferred	BETAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/25 días
levobunolol hcl 0.25 % ophth soln	1	Preferred	BETAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
timolol maleate 0.5 % ophth soln	1	Preferred	TIMOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/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 #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD



Página 34 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0045



Contrato Número

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>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	Preferred	COSOPT	QL = 1 Frasco 10 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
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]				
<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
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	QL = 1 Frasco/25 días
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]				
<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
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]				
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	QL = 1 Frasco 15 ML/10 días
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]				
<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

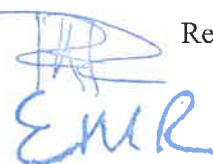
• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly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

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 35 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número



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]
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]				
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Non-Preferred	ATROVENT	QL = 5 días
Antileukotrienes [Antileukotrienos]				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	QL = 5 días
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]				
<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
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]				
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
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

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0045

Contrato Número

Página 36 de 41
Revisado: 03/17/2022



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]
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]				
<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
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL = 60 amp (180 mL) en 15 días
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	QL = 5 días
<i>albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer</i>	1	Preferred		QL = 1 pompa /30 días
<i>albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días
<i>albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 días
<i>albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de edad =0-3

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 37 de 41
Revisado: 03/17/2022

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

A		<i>cephalexin</i>	14
<i>acarbose</i>	20	<i>chloroquine phosphate</i>	26
<i>acetaminophen-codeine</i>	13	<i>chlorothiazide</i>	24
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	13	<i>chlorthalidone</i>	24
<i>acetazolamide</i>	23	<i>cholestyramine</i>	31
<i>acetic acid</i>	35	<i>cholestyramine light</i>	31
<i>acyclovir</i>	28	<i>cilostazol</i>	29
<i>albuterol HFA</i>	37	<i>cimetidine hcl</i>	32
<i>albuterol sulfate</i>	37	<i>ciprofloxacin</i>	17
<i>albuterol sulfate syrup</i>	37	<i>ciprofloxacin hcl</i>	16
<i>allopurinol</i>	22	<i>clarithromycin</i>	15
<i>amantadine hcl</i>	26, 27, 28	<i>clindamycin hcl</i>	15
<i>amiodarone hcl</i>	30	<i>clindamycin phosphate</i>	17
<i>amlodipine besylate</i>	23	<i>clonazepam</i>	14, 18
<i>amoxicillin</i>	16	<i>clonidine hcl</i>	22
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	16	<i>clopidogrel bisulfate</i>	29
<i>ampicillin</i>	16	<i>clotrimazole</i>	31
ASACOL HD	34	<i>colchicine</i>	22
<i>atenolol</i>	23	COLCRYS	22
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	23	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	34
<i>atorvastatin calcium</i>	32	<i>cycloserine</i>	25
<i>azithromycin</i>	14, 15	D	
B		<i>dantrolene sodium</i>	34
<i>baclofen</i>	34	DARAPRIM	26
BAQSIMI	20	DELZICOL	34
<i>benzonatate</i>	36	<i>dexamethasone</i>	33
<i>benztropine mesylate</i>	26	<i>diazepam</i>	14
<i>betaxolol hcl</i>	35	<i>digoxin</i>	30
BICILLIN L-A	16	DILANTIN	19
<i>brimonidine tartrate</i>	34	DIURIL	24
<i>bromocriptine mesylate</i>	27, 33	<i>divalproex sodium</i>	18, 25
<i>budesonide</i>	36	<i>donepezil hcl</i>	19
C		<i>dorzolamide hcl</i>	34
CAPASTAT SULFATE	25	<i>doxycycline hyclate</i>	17
<i>carbamazepine</i>	18	<i>doxycycline monohydrate</i>	17
<i>carbidopa-levodopa</i>	27	E	
<i>carbidopa-levodopa er</i>	27	ERYTHROCIN STEARATE	15
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	27	<i>erythromycin base</i>	15
<i>carvedilol</i>	25	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	15
<i>cefaclor</i>	17	<i>ethambutol hcl</i>	26
<i>cefadroxil</i>	14	<i>ethosuximide</i>	19
<i>cefdinir</i>	17	F	
<i>cefprozil</i>	17	<i>famotidine</i>	32
<i>ceftriaxone</i>	17	<i>flecainide acetate</i>	30



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

FLOVENT DISKUS	36	<i>lidocaine viscous</i>	14
FLOVENT HFA	36	<i>lisinopril</i>	23
<i>furosemide</i>	24	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	23
G		<i>lorazepam</i>	14
<i>gabapentin</i>	18	<i>losartan potassium</i>	22
<i>gemfibrozil</i>	32	<i>losartan potassium-hctz</i>	22
<i>gentamicin sulfate</i>	35	M	
<i>glimepiride</i>	21	MACRODANTIN	15
<i>glipizide</i>	21	<i>mesalamine tab dr</i>	34
GLUCAGON EMERGENCY	20	MESTINON	25
<i>guaifenesin-codeine</i>	36	<i>metformin hcl</i>	20
H		<i>methimazole</i>	32
<i>haloperidol</i>	27	<i>methyl dopa</i>	22
<i>heparin sodium (porcine)</i>	29	<i>methylprednisolone</i>	33
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	29	<i>metoclopramide hcl</i>	21
HUMALOG	21	<i>metolazone</i>	24, 25
HUMALOG MIX 50/50	20	<i>metoprolol succinate er</i>	23
HUMALOG Mix 75/25	20	<i>metoprolol tartrate</i>	23
HUMULIN 70/30	20	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	24
HUMULIN N	20	<i>metronidazole</i>	15, 17
HUMULIN R	21	<i>mexiletine hcl</i>	30
<i>hydralazine hcl</i>	25	<i>montelukast sodium</i>	36
<i>hydrochlorothiazide</i>	24	<i>mupirocin</i>	31
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	26	N	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	14	<i>nabumetone</i>	13
I		<i>naproxen</i>	13
<i>ibuprofen</i>	13	<i>naproxen sodium</i>	13
<i>imiquimod</i>	31	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>	35
<i>indapamide</i>	24	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	35
<i>indomethacin</i>	13	NEULASTA	29
<i>insulin syringe/needle</i>	21	NEULASTA DELIVERY KIT	29
<i>ipratropium bromide</i>	36	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	15
<i>isoniazid</i>	26	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	15
<i>isosorbide mononitrate</i>	30	<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	15
<i>isosorbide mononitrate er</i>	31	NITROSTAT	31
L		<i>nystatin</i>	31
<i>lamotrigine</i>	18	O	
<i>lamotrigine chew tab</i>	18	<i>omeprazole</i>	32
LANTUS	21	<i>ormir</i>	21
LANTUS SOLOSTAR	21	<i>oseltamivir phosphate</i>	28
<i>latanoprost</i>	35	<i>oxcarbazepine</i>	18, 19
<i>levetiracetam</i>	18, 19	P	
<i>levetiracetam er 24 hrs</i>	18	<i>penicillin g procaine</i>	16
<i>levobunolol hcl</i>	34	<i>penicillin v potassium</i>	16
<i>levofloxacin</i>	16	<i>permethrin</i>	31

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

<i>pharbedryl</i>	21	<i>selegiline hcl</i>	19
<i>phenazopyridine hcl</i>	32	SENSIPAR.....	33
<i>phenobarbital</i>	18, 19	<i>silver sulfadiazine</i>	31
<i>phenytoin</i>	19	<i>simvastatin</i>	32
<i>phenytoin sodium extended</i>	19	<i>sotalol hcl</i>	30
<i>pioglitazone hcl</i>	20	<i>sotalol hcl (af)</i>	30
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	26	<i>spironolactone</i>	24
<i>prednisolone acetate</i>	35	<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	17
<i>prednisone</i>	33	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	17
<i>prednisone (pak)</i>	33	<i>sulfasalazine</i>	34
<i>primidone</i>	18	SYNTHROID.....	33
<i>probenecid</i>	22	T	
<i>prochlorperazine</i>	22	<i>temazepam</i>	14
<i>prochlorperazine maleate</i>	22	<i>terazosin hcl</i>	22, 28
<i>promethazine hcl</i>	37	<i>terbutaline sulfate</i>	37
<i>propafenone hcl</i>	30	<i>timolol maleate</i>	34, 35
<i>propranolol hcl</i>	24, 29, 30	<i>tinidazole</i>	26
<i>propylthiouracil</i>	32	<i>tobramycin</i>	35
<i>pyrazinamide</i>	26	<i>topiramate</i>	18, 25
<i>pyridostigmine</i>	25	<i>tramadol hcl</i>	13
<i>pyridostigmine bromide</i>	25	<i>trazodone hcl</i>	19
Q		TRECATOR.....	25
<i>quinidine gluconate er</i>	30	<i>triamterene-hctz</i>	24
<i>quinidine sulfate</i>	30	<i>trimethobenzamide hcl</i>	21
<i>quinidine sulfate er</i>	30	U	
<i>quinine sulfate</i>	26	<i>ursodiol</i>	32
R		V	
RHOGAM.....	33	<i>valacyclovir</i>	28
<i>rifabutin</i>	25	<i>valganciclovir hcl</i>	28
RIFAMATE.....	25	<i>valproic acid</i>	19
<i>rifampin</i>	26	<i>verapamil hcl</i>	23
<i>risperidone</i>	27	<i>vitamin d</i>	34
<i>rivastigmine tartrate</i>	19	W	
<i>ropinirole hcl</i>	26, 27	<i>warfarin sodium</i>	28
S		Z	
<i>salsalate</i>	13	<i>zonisamide</i>	19

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ASES
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389



EMR



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Nefrología

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A

EMR



[Handwritten signature]



GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
Director Ejecutivo | Jorge E. Galva, JD, MHA | jgalva@asespr.org

1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizados por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la pagina de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



EMR

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV 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 aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



EMR



NEFROLOGIA
PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV
2022


TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022.....	9
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL.....	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	10
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	11
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid) [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].....	14
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
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa].....	14
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración].....	15

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número


Página 6 de 26
Revisado 01/01/2022



Sulfonylureas [Sulfonilureas]	15
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS].....	15
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	15
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].....	16
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos].....	16
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	17
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].....	18
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]	18
Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa1-Adrenérgicos].....	18
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	18
Cobalamins [Cobalaminas].....	18
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]	18
Folates [Folatos].....	19
Iron [Hierro].....	19
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS].....	19
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina].....	19
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES].....	20
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]	20
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	20
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares].....	20
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico].....	20
Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa].....	20
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	20
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].....	20

NEFROLOGIA

GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS].....	20
Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato].....	20
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES].....	20
Calcimimetics [Calcimiméticos].....	20
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides].....	21
Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina].....	21
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES].....	21
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina].....	21
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides].....	21
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes].....	22
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].....	23

EMR

ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045



Página 8 de 26
 Revisado 01/01/2022

Contrato Número

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital del Gobierno de PR. 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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
indomethacin er 75 mg cap er	2	Non-Preferred	INDOCIN	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
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:

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

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

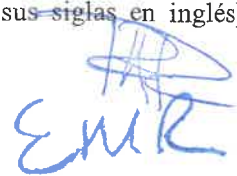
Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

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.

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.

ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD



Nº 23 - 0045

Página 10 de 26
 Revisado 01/01/2022

Contrato Número

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

ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
Penicillins [Penicilinas]				
<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	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	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	

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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>ceftazidime 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	
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	
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
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]				
JENTADUETO 2.5-500 mg tab, 2.5-850 mg tab, 2.5-1000 mg tab	4	Preferred		ST, C
JENTADUETO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr	4	Preferred		ST, C
TRADJENTA 5 mg tab	4	Preferred		ST, C



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		P
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
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]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		P
Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	2	Preferred		P
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		P
Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml subcutaneous solution cartridge	2	Preferred		P
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		P
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]				
JARDIANCE 10 mg tab, 25 mg tab	5	Preferred		PA, C
SYNJARDY 5-500 mg tab, 5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab, 12.5-1000 mg tab	5	Preferred		PA, C
SYNJARDY XR 5-1000 mg tab, 10-1000 mg tab, 12.5-1000 mg tab, 25-1000 mg tab	5	Preferred		PA, C

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
TRIJARDY XR 5-2.5-1000 mg tab, 10-5-1000 mg tab, 12.5-2.5-1000 mg tab, 25-5-1000 mg tab	5	Preferred		PA, C
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		P
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
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	
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	
Angiotensin II Receptor Blockers (Arb) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				
losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	
losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin]				
fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MONOPRIL	
lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZESTRIL	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	1	Preferred	ZESTORETIC	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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 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 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	
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	LOPRESSOR	

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	
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	
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
<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	
Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos No-Selectivos]				
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
<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	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]				
Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa1-Adrenérgicos]				
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	Preferred	FLOMAX	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Cobalamins [Cobalaminas]				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]				
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

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 18 de 26
Revisado 01/01/2022

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
RETACRIT 2000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 3000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 4000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 20000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
Folates [Folatos]				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
Iron [Hierro]				
<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			
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]				
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	

EMR

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]				
insulin syringe/needle	1	Preferred		
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDEMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares]				
cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Acido Fibrico]				
gemfibrozil 600 mg tab	1	Preferred	LOPID	
Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa]				
atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	LIPITOR	
pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab	1	Non-Preferred	PRAVACHOL	
simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	ZOCOR	
pravastatin sodium 40 mg tab	2	Non-Preferred	PRAVACHOL	
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
cimetidine hcl 300mg/5ml	1	Preferred	TAGAMET	
famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp	1	Preferred	PEPCID	
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]				
Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato]				
sevelamer carbonate 800 mg tab	4	Preferred	REVELA	PA
sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt	7	Preferred	REVELA	PA
calcium acetate 667 mg cap.	3	Non-Preferred	PHOSLO	
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Calcimimetics [Calcimiméticos]				
cinacalcet 30 mg tab	4	Preferred	SENSIPAR	PA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>cinacalcet 60 mg tab, 90 mg tab</i>	5	Preferred	SENSIPAR	PA
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina]				
<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
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]				
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	PA, P
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	PA, P
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	5	Preferred	NEORAL	PA, P
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	PA, P
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<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	

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]				
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMURAN	
<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
<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
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>	7	Preferred	MYFORTIC	PA
<i>RAPAMUNE 1 mg/ml soln</i>	8	Non-Preferred		PA
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]				
<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	
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo De Electrolitos/Minerales]				
<i>potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln</i>	1	Preferred	KAY-CIEL	

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras De Potasio]				
<i>kalexate oral pwdr</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral pwdr, 15 gm/60ml susp</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten signature]

A

acarbose	13
amlodipine besylate	16
amoxicillin	12
amoxicillin-pot clavulanate	12
ampicillin	12
ARANESP (ALBUMIN FREE)	18, 19
atenolol	16
atenolol-chlorthalidone	17
atorvastatin calcium	20
azathioprine	22
azithromycin	11

B

BICILLIN L-A	12
bumetanide	17

C

calcitriol	22
calcium acetate	20
carvedilol	18
cefaclor	13
cefadroxil	11
cefdinir	13
cefprozil	13
cephalexin	11
chlorothiazide	17
chlorthalidone	17, 18
cholestyramine	20
cimetidine hcl	20
cinacalcet	20
ciprofloxacin	13
ciprofloxacin hcl	12
clarithromycin	11
cyanocobalamin	18
cyclosporine	21
cyclosporine modified	21

D

desmopressin ace spray refrig	21
desmopressin acetate	21
desmopressin acetate spray	21
dexamethasone	21
DEXFERRUM	19
diltiazem hcl er	16
diltiazem hcl er beads	16
diltiazem hcl er coated beads	16
dilt-xr	16

DIURIL	17
--------------	----

E

E.E.S. GRANULES	11
ERYPED 200	12
ERYPED 400	12
ERY-TAB	11
ERYTHROCIN STEARATE	11
erythromycin base	11
erythromycin ethylsuccinate	11

F

famotidine	20
fludrocortisone acetate	21
folic acid	19
fosinopril sodium	15
furosemide	17

G

gemfibrozil	20
glimepiride	15
glipizide	15

H

HUMALOG	14
HUMALOG MIX 50/50	14
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	14
HUMALOG MIX 75/25	14
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	14
HUMULIN 70/30	14
HUMULIN N	14
HUMULIN R	15
hydrochlorothiazide	17
hydrocortisone	22

I

indomethacin	11
INFED	19
insulin syringe/needle	20
iron	19

J

JARDIANCE	14
JENTADUETO	13
JENTADUETO XR	13



K		<i>potassium chloride</i>	22, 23
<i>kalexate</i>	23	<i>potassium chloride crys er</i>	23
L		<i>potassium chloride er</i>	23
LANTUS.....	14	<i>pravastatin sodium</i>	20
LANTUS SOLOSTAR.....	14	<i>prednisolone</i>	22
<i>levofloxacin</i>	12	<i>prednisone</i>	22
<i>lisinopril</i>	15	<i>prednisone (pak)</i>	22
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	15	PROCRIT.....	18, 19
<i>losartan potassium</i>	15	<i>propranolol hcl</i>	17
<i>losartan potassium-hctz</i>	15	R	
M		RAPAMUNE.....	22
MEDROL.....	21	RETACRIT.....	19
<i>megestrol acetate</i>	19, 20	S	
<i>metformin hcl</i>	13	<i>sevelamer</i>	20
<i>metformin hcl er</i>	13	<i>simvastatin</i>	20
<i>methylprednisolone</i>	21, 22	<i>sirolimus</i>	22
<i>methylprednisolone (pak)</i>	22	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	23
<i>metoclopramide hcl</i>	15	STIMATE.....	21
<i>metolazone</i>	18	<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	13
<i>metoprolol succinate er</i>	16, 17	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	13
<i>metoprolol tartrate</i>	17	SYNJARDY.....	14
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	17	SYNJARDY XR.....	14
<i>mycophenolate mofetil</i>	22	T	
<i>mycophenolic acid</i>	22	<i>tacrolimus</i>	22
N		<i>tamsulosin hcl</i>	18
<i>nifedipine er osmotic</i>	16	<i>terazosin hcl</i>	15
P		TRADJENTA.....	13
<i>penicillin g procaine</i>	12	TRIJARDY XR.....	15
<i>penicillin v potassium</i>	12	V	
<i>pioglitazone hcl</i>	14	<i>verapamil hcl</i>	16
		<i>verapamil hcl er</i>	16

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389

EMR



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

ObGyn

2022

Contrato Número

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A

EMR



[Handwritten signature]





1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizados por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la pagina de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica**

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD


Página 3 de 30

Nº 23 - 0045

Contrato Número



bioequivalente, de existir. Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 4 de 30


EMR

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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV 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 aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 5 de 30





PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV
2022

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO	3
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
ANTIAXIETY 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]	14
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]	14
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]	15
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]	15
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]	15
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	15
Phenothiazines [Fenotiazinas]	15
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS].....	15

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten signature]

Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]	15
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	15
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	16
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]	17
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]	17
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]	17
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	17
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríricos]	17
Anthelmintics [Antihelmínticos]	17
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	17
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	17
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]	18
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]	18
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	18
Anticoagulants [Anticoagulantes]	18
Cobalamins [Cobalaminas]	18
Folates [Folatos]	18
Iron [Hierro]	19
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]	19
Bisphosphonates [Bifosfonatos]	19
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	19
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]	19
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]	19
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	19
Antihistamines [Antihistamínicos]	19
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]	19
Warts [Verrugas]	20
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]	20

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0045

Contrato Número



Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas].....	20
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]	20
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras].....	20
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].....	20
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]	20
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	20
Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea].....	20
Estrogens [Estrógenos]	21
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]	21
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	21
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	21
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	21
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]	22
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	22
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	22
Immune Globulins [Immunoglobulinas].....	23
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]	23
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]	23
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]	24
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	24
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	24
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 No-Sedantes].....	25
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]	25
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos].....	25

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Signature]

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital 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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGESICOS]				
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides De Corta Duración]				
<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	
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]				
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
<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:

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



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.

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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]				
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	PERCOCET	QL=6 tabletas diarias/7 días de suplido en 30 días No refills
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]				
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
<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	
Macrolides [Macrólidos]				
<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>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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 11 de 30
Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 004 5

Contrato Número



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		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
<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	
Penicillins [Penicilinas]				
<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	

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 12 de 30

Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Preferred		
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	

• 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>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
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	
<i>ceftriaxone 250 mg IM</i>	1	Preferred	ROCEPHIN	Cubierto para las clínicas de CLETS
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	METROGEL	
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Preferred	CLEOCIN	
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]				
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
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		P
Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	3	Preferred		P
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		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 o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	4	Preferred		P
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		P
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
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	
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]				
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ALDOMET	
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TENORMIN	
metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr	1	Preferred	LOPRESSOR	

• 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]



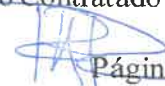
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	LOPRESSOR	
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	
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
Antituberculars [Antituberculosos]				
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifampin 150 mg cap</i>	1	Preferred	RIFADIN	

• 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>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<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>	6	Preferred	MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]				
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]				
<i>terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm</i>	2	Preferred	TERAZOL	
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]				
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalarácicos]				
<i>pentamidine 300 mg inh soln</i>	10	Non-Preferred	NEBUPENT	PA
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	TINDAMAX	Cubierto para las clínicas de CLETS
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
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	
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	Cubierto para las clínicas de CLETS

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD


Página 17 de 30
Revisado: 01/01/2022

№ 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>valacyclovir 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	Preferred	VALTREX	Cubierto para las clínicas de CLETS
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]				
<i>RELENZA DISKHALER 5 mg/blister inh aer pwdr</i>	3	Preferred		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
<i>TAMIFLU 6 mg/ ml susp</i>	5	Non-Preferred		
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]				
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	2	Non-Preferred	RETROVIR	
<i>zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr</i>	4	Non-Preferred	RETROVIR	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Anticoagulants [Anticoagulantes]				
<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	
Cobalamins [Cobalaminas]				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
Folates [Folatos]				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0045

Contrato Número



Página 18 de 30

Revisado: 01/01/2022



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Iron [Hierro]				
<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		
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]				
Bisphosphonates [Bifosfonatos]				
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	1	Preferred	FOSAMAX	
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
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	
<i>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</i>	9	Non-Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]				
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
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Antihistamines [Antihistamínicos]				
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ATARAX	
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]				
<i>clotrimazole 1 % crm</i>	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (<i>crm</i>)

• 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>nystatin 100000 unit/gm oint</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Warts [Verrugas]				
<i>imiquimod cream 5%</i>	1	Preferred	ALDARA	AL > 12 años, Cubierto para las clínicas de CLETS
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]				
<i>insulin syringe/needle</i>	1	Preferred		
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]				
<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	
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea]				
<i>medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROVERA	
<i>medroxyprogesterone acetate 150 mg/ml susp</i>	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	Preferred	ARANELLE	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 o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
Estrogens [Estrógenos]				
<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	
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]				
<i>estradiol-norethindrone acet 1-0.5 mg tab</i>	4	Non-Preferred	ACTIVELLA	
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<i>betamethasone sod phos & acet 6 (3-3) mg/ml inj susp</i>	2	Preferred	CELESTONE	
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]				
LEVO-T 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		

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 21 de 30
Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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		P
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]				
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<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	

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 22 de 30
Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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		
Immune Globulins [Inmunoglobulinas]				
<i>RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit</i>	4	Preferred		
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]				
<i>classic prenatal 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
<i>prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	
<i>prenatal 19 mg tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
<i>prenatal formula 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
<i>prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	
<i>prenatal plus iron 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATABS	

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 23 de 30
Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0045



Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]				
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Non-Preferred	ATROVENT	
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]				
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
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr</i>	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST
Wixela Inhub 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST
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

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 24 de 30

Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST, P
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 No-Sedantes]				
loratadine 10 mg tab	1	Preferred	CLARITIN	OTC
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]				
promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr	1	Preferred	PHENERGAN	
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1
terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	BRETHINE	
albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días Límite de repeticiones =2
albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días Límite de repeticiones =1
albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 días Límite de repeticiones =1

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 25 de 30
Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0045

EMR

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1 Límite de edad =0-3

• 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 26 de 30
Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0045



Contrato Número

<p>A</p> <p><i>acyclovir</i>17</p> <p>ADVAIR HFA 24, 25</p> <p><i>albuterol HFA</i>25</p> <p><i>albuterol sulfate</i> 25, 26</p> <p><i>albuterol sulfate syrup</i>25</p> <p><i>alendronate sodium</i>19</p> <p><i>alyacen 1/35</i>20</p> <p><i>amoxicillin</i>12</p> <p><i>amoxicillin-pot clavulanate</i>13</p> <p><i>ampicillin</i>13</p> <p><i>atenolol</i>15</p> <p><i>atenolol-chlorthalidone</i>16</p> <p><i>azithromycin</i>11</p> <p>B</p> <p><i>betamethasone sod phos & acet</i>21</p> <p>BICILLIN L-A13</p> <p><i>budesonide</i>24</p> <p>C</p> <p>CARAFATE20</p> <p><i>carvedilol</i>16</p> <p><i>cefaclor</i>13</p> <p><i>cefdinir</i>14</p> <p><i>cefprozil</i>13</p> <p><i>ceftriaxone</i>14</p> <p><i>cephalexin</i>11</p> <p><i>cimetidine hcl</i>20</p> <p><i>classic prenatal</i>23</p> <p><i>clindamycin hcl</i>12</p> <p><i>clindamycin phosphate</i>14</p> <p><i>clotrimazole</i>19</p> <p>CRYSELLE-2821</p> <p><i>cyanocobalamin</i>18</p> <p>D</p> <p><i>dapsone</i>17</p> <p><i>dexamethasone</i>22</p> <p><i>dexamethasone sodium phosphate</i>22</p> <p>DEXFERRUM19</p>	<p>E</p> <p>E.E.S. GRANULES12</p> <p>ELINEST21</p> <p>ERYPED 20012</p> <p>ERYPED 40012</p> <p>ERY-TAB11</p> <p>ERYTHROCIN STEARATE12</p> <p><i>erythromycin base</i>11</p> <p><i>erythromycin ethylsuccinate</i>12</p> <p><i>estradiol</i>21</p> <p><i>estradiol-norethindrone acet</i>21</p> <p><i>estropipate</i>21</p> <p><i>ethambutol hcl</i>17</p> <p>F</p> <p><i>famotidine</i>20</p> <p>FLOVENT DISKUS24</p> <p>FLOVENT HFA24</p> <p><i>fludrocortisone acetate</i>21</p> <p><i>fluticasone-salmeterol</i>24</p> <p><i>folic acid</i>18</p> <p>H</p> <p><i>heparin sodium (porcine)</i>18</p> <p><i>heparin sodium (porcine) pf</i>18</p> <p>HUMALOG15</p> <p>HUMALOG MIX 50/5014</p> <p>HUMALOG MIX 75/2514</p> <p>HUMULIN 70/3014</p> <p>HUMULIN N14</p> <p>HUMULIN R15</p> <p><i>hydralazine hcl</i>16</p> <p><i>hydrocortisone</i>23</p> <p><i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>20</p> <p><i>hydroxyzine hcl</i>19</p> <p><i>hydroxyzine pamoate</i>11</p> <p>I</p> <p><i>imiquimod</i>20</p> <p>INFED19</p> <p><i>insulin syringe/needle</i>20</p> <p><i>ipratropium bromide</i>24</p> <p><i>iron</i>19</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]

EMR 

<i>isoniazid</i>	16, 17	<i>prednisolone</i>	23
K		<i>prednisone</i>	23
KENALOG	22, 23	<i>prednisone (pak)</i>	23
L		<i>prenatal</i>	23
LANTUS	14	<i>prenatal 19</i>	23
LANTUS SOLOSTAR	14	<i>prenatal formula</i>	23
<i>leucovorin calcium</i>	19	<i>prenatal low iron</i>	23
LEVO-T	21	<i>prenatal plus iron</i>	23
<i>levothyroxine sodium</i>	22	<i>prenatal vitamins</i>	24
<i>loratadine</i>	25	<i>prochlorperazine</i>	15
LOW-OGESTREL	21	<i>prochlorperazine edisylate</i>	15
LUPRON DEPOT	19	<i>prochlorperazine maleate</i>	15
		<i>promethazine hcl</i>	25
		<i>propranolol hcl</i>	16
M		R	
MACRODANTIN	12	RELENZA DISKHALER	18
MEDROL	22	RHOGAM	23
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	20	<i>rifabutin</i>	17
<i>methyl dopa</i>	15	RIFAMATE	17
<i>methylprednisolone</i>	22, 23	<i>rifampin</i>	16, 17
<i>methylprednisolone (pak)</i>	23	S	
<i>metoclopramide hcl</i>	15	<i>sucralfate</i>	20
<i>metoprolol succinate er</i>	15, 16	<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	13
<i>metoprolol tartrate</i>	16	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	14
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	16	SYNTHROID	22
<i>metronidazole</i>	12, 14	T	
N		TAMIFLU	18
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	12	<i>terbutaline sulfate</i>	25
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	12	<i>terconazole</i>	17
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	12	<i>tinidazole</i>	17
<i>nystatin</i>	20	TRECTOR	17
O		<i>trimethobenzamide hcl</i>	15
<i>oseltamivir phosphate</i>	18	V	
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	11	VAGIFEM	22
P		<i>valacyclovir</i>	18
<i>penicillin g procaine</i>	13	W	
<i>penicillin v potassium</i>	13	Wixela	24
<i>pentamidine</i>	17		
<i>pramcort</i>	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]



OB-GYN

Z

zidovudine.....	18
ZOLADEX.....	19

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 29 de 30
Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR. [Signature]

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



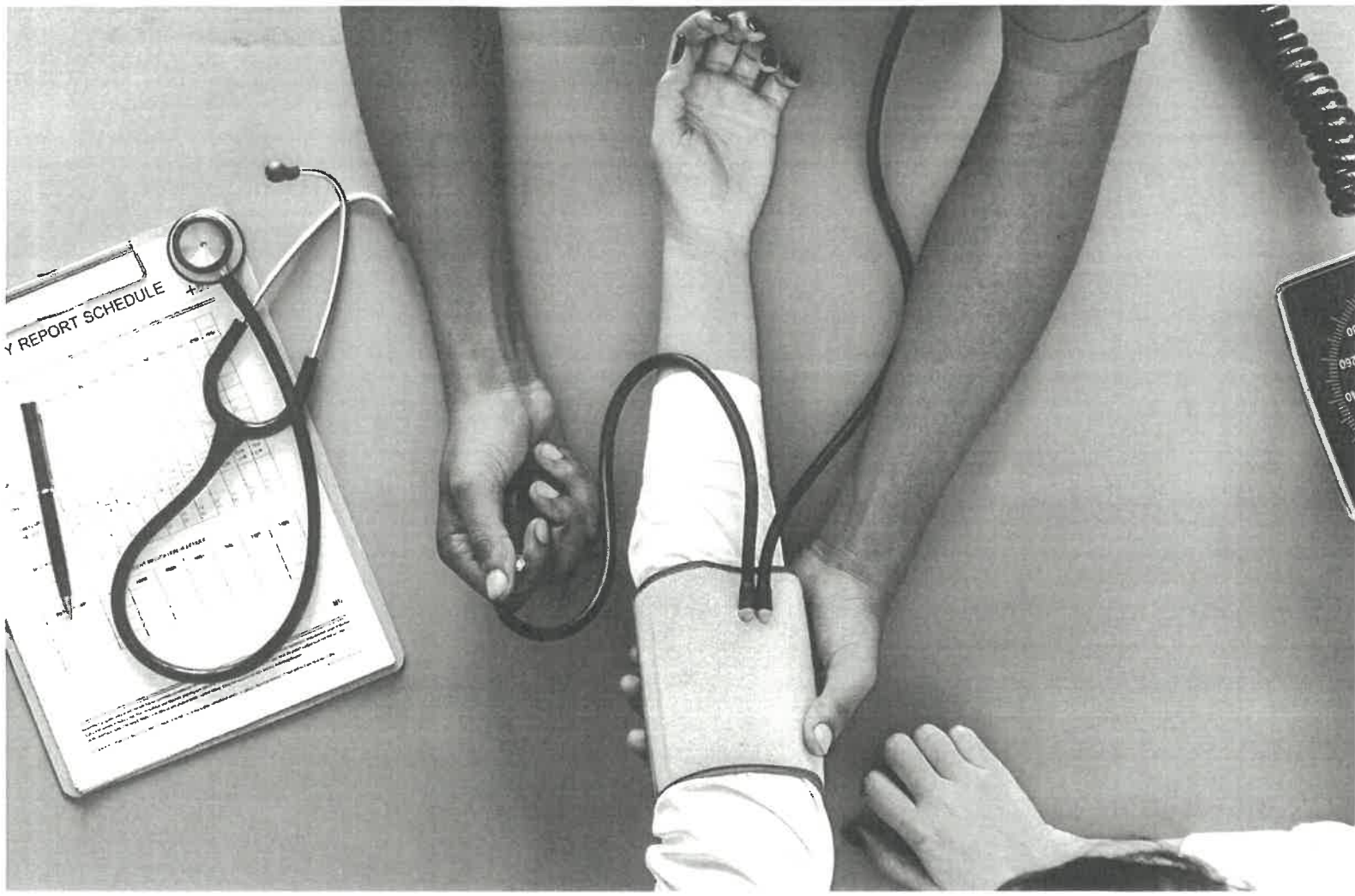
ASES
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389



EMR



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0045

Oncología

Contrato Número

2022

EMR

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B A R C A

[Handwritten signature]





GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
Director Ejecutivo | Jorge E. Galva, JD, MHA | jgalva@asespr.org

1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la pagina de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



PO Box 195661, San Juan, PR 00919-5661 Tel: 787.474.3300 www.asespr.org



EMR
[Signature]

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 3 de 29



3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 4 de 29



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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV 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 aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

 Página 5 de 29

Contrato Número



PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV
2022

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022.....	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
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS].....	13
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides].....	13
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides].....	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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD



Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 6 de 29

EMR

5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3]	16
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	16
Phenothiazines [Fenotiazinas]	16
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	16
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]	18
Folates [Folatos].....	19
Iron [Hierro].....	19
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS].....	19
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes].....	19
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis].....	20
Antiandrogens [Antiandrógenos].....	20
Antiestrogens [Antiestrógenos]	20
Antimetabolites [Antimetabolitos].....	20
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos].....	21
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores De Enzimas]	21
Antineoplastic Progestins [Antineoplásticos De Progestina].....	22
Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa].....	22
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]	23
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh].....	23
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]	23
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásticos Misceláneos]	23
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]	24
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]	24
Antifungals [Antifungales]	24

DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	24
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel].....	24
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	24
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	24
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].....	24
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones].....	24
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES].....	25
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	25
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	25
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina].....	25
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	25
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes].....	26
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	26
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]	26

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número




DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital 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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGESICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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 promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número




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	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.

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.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número







Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDS) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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	
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración]				
<i>fentanyl 12 mcg/hr td patch 72 hr, 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

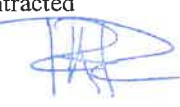
Nº 23 - 0045

Contrato Número

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	
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]				
<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</i>	1	Preferred	NORCO	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	
<i>meperidine hcl 100 mg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DEMEROL	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



EMR

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	2	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	Preferred	DILAUDID	
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	Preferred	DILAUDID	
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS]				
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides]				
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	Preferred	REVIEW	
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]				
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	NARCAN	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
Macrolides [Macrólidos]				
<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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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		
Penicillins [Penicilinas]				
<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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	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	
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	
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	NEURONTIN	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3]				
<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	
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
<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	
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
<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	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
<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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]				
Antifungals [Antifungales]				
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DIFLUCAN	
<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	
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
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	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Cobalamins [Cobalaminas]				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
<i>NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln</i>	10	Preferred		PA, P
<i>NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln</i>	12	Preferred		PA, P
<i>NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln</i>	12	Preferred		PA, P
<i>NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,</i>	9	Preferred		PA, C
<i>NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr</i>	9	Preferred		PA, C
<i>NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr</i>	9	Preferred		PA, C
<i>NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln,</i>	9	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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ZIEXTENZO 6 mg/0.6ml sc soln pfs	12	Non-Preferred		PA
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]				
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
RETACRIT 2000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 3000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 4000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 20000 unit/ml inj soln	8	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 18 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0045

EMR


Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
Folates [Folatos]				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
Iron [Hierro]				
<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		
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]				
<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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]				
STIVARGA 40 mg tab	21	Preferred		PA, P
Antiandrogens [Antiandrógenos]				
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	Preferred	CASODEX	
<i>flutamide 125 mg cap</i>	4	Non-Preferred	EULEXIN	
<i>abiraterone 250 mg tab</i>	14	Preferred		PA
Antiestrogens [Antiestrógenos]				
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	NOLVADEX	
Antimetabolites [Antimetabolitos]				
<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
<i>methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
	1	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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C – Contracted Product [Producto Contratado]


 Página 20 de 29
 Revisado 01/01/2022

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045 *EMR*

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>methotrexate sodium (pf) 1gm/40ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 250mg/10ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 1g recon inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos]				
RUXIENCE 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	13	Preferred		PA, C
TRUXIMA 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	16	Preferred		PA
RITUXAN 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	17	Preferred		PA, C
AVASTIN 100 mg/4ml iv soln, 400 mg/16ml iv soln	17	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
MVASI 100mg/4ml, 400mg/16ml iv sol	17	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
HERCEPTIN 150 mg iv soln, 440 mg iv soln	21	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
KANJINTI 150 mg iv soln, 420 mg iv soln	21	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores De Enzimas]				
<i>imatinib 100 mg tab</i>	13	Preferred	GLEEVEC	PA
AFINITOR 2.5 mg tab	20	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
NEXAVAR 200 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	Preferred	GLEEVEC	PA
AFINITOR DISPERZ 2 mg oral tab, 3 mg oral tab, 5 mg oral tab		Preferred		PA, P
IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap	25	Preferred		PA, P
IBRANCE 75 mg tab, 100 mg tab, 125 mg tab	25	Preferred		PA, P
<i>sunitinib 12.5 mg cap</i>	21	Non-preferred		PA
<i>sunitinib 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	25	Non-preferred		PA
SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	25	Preferred		PA, P
VENCLEXTA 10 mg tab, 100 mg tab, 50 mg tab	25	Non-preferred		PA
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 mg tab pack	25	Non-preferred		PA
VERZENIO 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	25	Preferred		PA, P
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progesterina]				
<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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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]				
ELIGARD 7.5 mg kit, 22.5 mg kit, 30 mg kit, 45 mg kit	4	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 45 mg im kit, 7.5 mg im kit	6	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	11	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	6	Preferred		PA, P
<i>leuprolide acetate 1 mg/ 0.2 ml inj kit</i>	7	Non-preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]				
FIRMAGON 80 mg SC, 120 mg SC	5	Preferred		PA, P
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
REVLIMID 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap		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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 23 de 29
Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0045



Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]				
<i>etoposide 50 mg cap</i>	4	Non-Preferred	VEPESID	
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	OTC
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel]				
<i>fluorouracil 2 % soln, 5 % soln</i>	3	Preferred	EFUDEX	
<i>fluorouracil 5 % crm</i>	4	Non-Preferred	EFUDEX	
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
<i>CARAFATE 1 gm/10ml susp</i>	3	Non-Preferred		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
<i>cimetidine hcl 300 mg/ml sol,</i>	1	Preferred	TAGAMET	
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 24 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0045



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]				
<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
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	PA
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



EMR

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]				
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMURAN	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	3	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		PA
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]				
<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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 26 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0045



Contrato Número

A

<i>abiraterone</i>	20
<i>acetaminophen-codeine</i>	12
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	12
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	12
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	12
ACTIMMUNE.....	23
<i>acyclovir</i>	17
AFINITOR.....	21, 22
AFINITOR DISPERZ.....	22
ALKERAN.....	19
<i>amoxicillin</i>	14
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	14, 15
<i>ampicillin</i>	14
<i>anastrozole</i>	22
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	18, 19
AVASTIN.....	21
<i>azathioprine</i>	26
<i>azithromycin</i>	13

B

<i>bicalutamide</i>	20
BICILLIN L-A.....	15

C

<i>calcitriol</i>	26
<i>capecitabine</i>	20
CARAFATE.....	24
<i>cimetidine hcl</i>	24
<i>ciprofloxacin</i>	15
<i>ciprofloxacin hcl</i>	15
<i>clarithromycin</i>	13, 14
<i>clotrimazole</i>	24
<i>codeine sulfate</i>	12
<i>cyanocobalamin</i>	17
<i>cyclosporine</i>	25
<i>cyclosporine modified</i>	25

D

<i>dapsone</i>	16
<i>dexamethasone</i>	25
DEXFERRUM.....	19
DILANTIN.....	15

E

E.E.S. GRANULES.....	14
ELIGARD.....	23
ERYPED 200.....	14

ERYPED 400.....	14
ERY-TAB.....	14
ERYTHROCIN STEARATE.....	14
<i>erythromycin base</i>	14
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	14
<i>etoposide</i>	24

F

<i>famotidine</i>	24
<i>fentanyl</i>	11
FIRMAGON.....	23
<i>fluconazole</i>	17
<i>fludrocortisone acetate</i>	25
<i>fluorouracil</i>	24
<i>flutamide</i>	20
<i>folic acid</i>	19

G

<i>gabapentin</i>	15
-------------------------	----

H

HERCEPTIN.....	21
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	12
<i>hydrocortisone</i>	26
<i>hydromorphone hcl</i>	12, 13
<i>hydroxyurea</i>	20

I



IBRANCE.....	22
<i>ibuprofen</i>	11
<i>imatinib</i>	21, 22
<i>indomethacin</i>	11
INFED.....	19
<i>iron</i>	19

K

KANJINTI.....	21
<i>ketoconazole</i>	17

L

<i>leucovorin calcium</i>	23
LEUKERAN.....	20
<i>leuprolide acetate</i>	23
<i>levofloxacin</i>	15
<i>lidocaine viscous</i>	13
<i>lomustine</i>	19, 20
LUPRON DEPOT.....	23
LUPRON DEPOT-PED.....	23

M

MATULANE	23
MEDROL	25
megestrol acetate	22
meloxicam	11
meperidine hcl	12
mercaptopurine	20
methotrexate	20, 21
methylprednisolone	25, 26
methylprednisolone (pak)	25
metoclopramide hcl	16
misoprostol	24
morphine sulfate	12, 13
morphine sulfate (concentrate)	13
morphine sulfate er	11, 12
MVASI	21
mycophenolate mofetil	26
MYLERAN	20

N

nabumetone	11
naloxone hcl	13
naltrexone hcl	13
naproxen	11
naproxen dr	11
NEULASTA	17
NEUPOGEN	17
NEXAVAR	22
NIVESTYM	17
nystatin	24

O

omeprazole	24, 25
ondansetron	16
ondansetron hcl	16
oxycodone hcl	11
oxycodone-acetaminophen	12, 13

P

penicillin g procaine	15
penicillin v potassium	14
phenytoin	16
phenytoin sodium extended	16
prednisolone	25

prednisone	25
prednisone (pak)	26
prochlorperazine	16
prochlorperazine edisylate	16
prochlorperazine maleate	16
PROCRIT	18, 19
promethazine hcl	16

R

RAPAMUNE	26
RETACRIT	18
REVLIMID	23
RITUXAN	21
RUXIENCE	21

S

sirolimus	26
STIVARGA	20
sucralfate	24
sulfadiazine	15
sulfamethoxazole-tmp ds	15
sulfamethoxazole-trimethoprim	15
sulindac	11
sunitinib	22
SUTENT	22

T

tacrolimus	26
tamoxifen citrate	20
temozolomide	19, 20
terbinafine hcl	17
tramadol hcl	12
trimethobenzamide hcl	16
TRUXIMA	21

V

VENCLEXTA	22
VENCLEXTA STARTING PACK	22
VERZENIO	22

Z

ZIEXTENZO	18
ZOLADEX	23

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 28 de 29



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389

[Handwritten signature]





ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Salud Física

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

EMR

A B  R C A



[Handwritten signature]





GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
Director Ejecutivo | Jorge E. Galva, JD, MHA | jgalva@asespr.org

1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la pagina de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



EMR

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

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

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 4 de 77



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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV 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 aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten signature]



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Salud Física

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

EMR

A B ▲ R C A

[Handwritten signature]



PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV
2022

TABLA DE CONTENIDO

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022	16
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]	18
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	18
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	18
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides de Larga Duración].....	18
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides de Corta Duración].....	19
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]	20
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	20
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS].....	20
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides].....	20
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides].....	20
ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]	20
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	20
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos].....	21
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	21
Aminoglycosides [Aminoglucósidos].....	21
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación].....	21
Macrolides [Macrólidos].....	21
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]	22
Quinolones [Quinolonas]	23
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación]	23
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	23
Tetracyclines [Tetraciclinas].....	24
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación].....	24

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23-0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten signature]

Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales].....	24
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]	24
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes].....	24
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA].....	26
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia]	26
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa]	26
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA]	26
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	26
Antidepressants [Antidepresivos]	26
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	27
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa].....	27
Biguanides [Biguanidas].....	27
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4].....	27
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos].....	27
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas].....	27
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin].....	28
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia]	28
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]	28
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración].....	28
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]	28
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]	29
Sulfonylureas [Sulfonilureas]	29
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES].....	29
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]	29
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS].....	29
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3]	29
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	29
Phenothiazines [Fenotiazinas]	29
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA].....	30
Antigout Agents [Agentes Antigota]	30
Uricosurics [Uricosúricos].....	30
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS].....	30

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23-0045

Contrato Número

EMR



Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos].....	30
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	30
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]	30
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]	30
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]	31
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]	31
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos].....	31
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	32
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]	32
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	32
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]	32
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	33
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores].....	33
Vasodilators [Vasodilatadores]	33
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA].....	33
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]	33
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]	34
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS].....	34
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]	34
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	34
Antituberculars [Antituberculosos].....	34
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	34
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....	35
Antifungals [Antifungales]	35
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales].....	35
Antimalarials [Antimaláricos]	35
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos].....	35
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	35
Anthelmintics [Antihelmínticos]	35
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON].....	36
Anticholinergics [Anticolinérgicos].....	36
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]	36

ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Signature]

Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]	36
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]	36
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	37
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza]	37
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]	37
Anti-hepatitis B (hbv) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]	37
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]	37
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	37
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]	37
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]	37
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]	37
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]	38
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa]	38
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]	39
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]	39
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	39
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	39
Anticoagulants [Anticoagulantes]	39
Cobalamins [Cobalaminas]	40
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]	40
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]	40
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]	41
Folates [Folatos]	42
Iron [Hierro]	42
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]	42
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas]	42
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]	42
Bisphosphonates [Bifosfonatos]	42
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]	43
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]	43
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]	43

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

HR

Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	43
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	43
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III].....	43
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente].....	43
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos].....	43
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar].....	44
Vasodilators [Vasodilatadores].....	44
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL].....	44
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple].....	44
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS].....	45
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes].....	45
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis].....	46
Antiandrogens [Antiandrógenos].....	46
Antiestrogens [Antiestrógenos].....	46
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal].....	46
Antimetabolites [Antimetabolitos].....	46
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos].....	47
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores de Enzimas].....	47
Appetite Stimulants [Estimulantes de Apetito].....	48
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa].....	48
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico].....	48
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH].....	48
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH].....	49
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásticos Misceláneos].....	49
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos].....	49
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES].....	49
Antifungals [Antifungales].....	49
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales].....	49
Xerostomia [Xerostomía].....	50
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS].....	50
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné].....	50
Acne Products [Productos para el Acné].....	50

**ADMINISTRACION DE
, SEGUROS DE SALUD**

№ 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten signature]

Antihistamines [Antihistamínicos]	50
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]	50
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos].....	50
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]	50
Eczema Agents [Agentes para Eczema]	51
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia]	51
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia].....	51
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia].....	51
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia].....	51
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]	51
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]	52
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]	52
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos].....	52
Warts [Verrugas].....	52
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	52
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Acidos Biliares].....	52
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico].....	52
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]	52
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES].....	53
Antispasmodics [Antiespasmódicos]	53
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	53
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]	53
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]	53
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos].....	53
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]	53
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]	53
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS].....	54
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos].....	54
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato].....	54
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios].....	54
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]	54
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS].....	54

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten signature]

Antihemophilic Products [Productos Antihemofílicos].....	54
Hemostatics [Hemostáticos]	55
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES].....	56
Androgens [Andrógenos].....	56
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]	56
Calcimimetics [Calcimiméticos].....	56
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina].....	56
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]	56
Estrogens [Estrógenos]	56
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]	57
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento].....	57
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	57
Prostaglandins [Prostaglandinas].....	57
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]	57
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	58
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]	58
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]	59
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	59
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	59
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	59
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes].....	60
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]	61
Aminosalicylates [Aminosalicilatos].....	61
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	61
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia].....	62
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	62
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	62
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]	62
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]	62
Chelating Agents [Agentes Quelantes].....	62
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]	62
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]	63

ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]	63
Vitamin K [Vitamina K]	63
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]	63
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad].....	63
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]	63
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES].....	63
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]	63
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]	64
Nasal Steroids [Esteroides Nasales].....	64
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]	64
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]	64
Miotics [Mióticos]	64
Mydriatics [Midriáticos]	64
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	64
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos].....	64
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]	65
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	65
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	65
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	65
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	65
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos].....	65
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	66
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos].....	66
Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración].....	66
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	66
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos].....	66
Beta-2 Agonist Long Acting [Agonistas Beta-2 de Larga Duración].....	66
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis].....	66
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	66
Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies].....	67
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes].....	67
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]	68

**ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR



Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	68
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]	69
Antirheumatic-Enzyme Inhibitors [Antireumáticos- Inhibidores de enzimas].....	69
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]	69
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos].....	69

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital 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]	Nat Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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:

ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 16 de 77
Revisado 02/04/2022

EMR

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.

ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración]				
<i>fentanyl 12 mcg/hr td patch 72 hr, 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	EMR
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	Preferred	MORPHINE	
<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]				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills AL >18 años
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días AL >18 años
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	NORCO	QL=6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	QL=6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	QL=3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DEMEROL	QL=1 vial para 30 días
<i>morphine sulfate 15 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	QL=3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>morphine sulfate 30 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	QL=1 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	PERCOCET	QL= 6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	QL=3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días; AL ≥12 años
<i>meperidine hcl 100 mg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DEMEROL	QL=1 vial para 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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	QL=20 mL diarios para 7 días de suplido en 30 días
<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	QL=1 tableta diaria para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	Preferred	DILAUDID	
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS]				
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides]				
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	Preferred	REVIA	
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]				
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	NARCAN	
ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]				
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

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
midazolam hcl 10 mg/10ml inj soln, 2 mg/2ml inj soln, 5 mg/5ml inj soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	VERSED	QL 5ml / 30días
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
Aminoglycosides [Aminoglucósidos]				
tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln	18	Non-Preferred	TOBI	PA
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]				
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	Preferred	KEFLEX	
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
Macrolides [Macrólidos]				
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	
clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab	2	Preferred	BIAXIN	
clarithromycin 250 mg/5ml susp	3	Preferred	BIAXIN	

• 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] • C–Contracted Product [Producto Contratado]

EMR

SALUD FISICA

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		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
<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	
<i>vancomycin hcl 125 mg cap</i>	9	Non-Preferred	VANCOCIN	
<i>vancomycin hcl 250 mg cap</i>	10	Non-Preferred	VANCOCIN	
Penicillinis [Penicilinas]				
<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	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD Nº 23 - 0045 Contrato Número
<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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	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>ceftazidime 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	

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
 № 23 - 0045

Contrato Número

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR 



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Non-Preferred	VIBRAMYCIN	
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	
<i>ceftriaxone 250 mg IM</i>	1	Preferred	ROCEPHIN	
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	METROGEL VAGINAL	
<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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	KEPPRA	
levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg	3	Non-Preferred	KEPPRA XR	
oxcarbazepine 150 mg tab	1	Preferred	TRILEPTAL	
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	
primidone 250 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MYSOLINE	
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOPAMAX	
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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln</i>	3	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>carbamazepine 100 mg/5ml susp</i>	4	Preferred	TEGRETOL	
<i>carbamazepine er 400 mg tab er 12 hr</i>	4	Preferred	TEGRETOL	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml susp</i>	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	Non-Preferred		PA, NC
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]				
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	
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
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

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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	
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
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]				
JENTADUETO 2.5-500 mg tab, 2.5-850 mg tab, 2.5-1000 mg tab	4	Preferred		ST, C
JENTADUETO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr	4	Preferred		ST, C
TRADJENTA 5 mg tab	4	Preferred		ST, C
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]				
BAQSIMI 3mg/dose nasal pwdr	5	Preferred		Pacientes con diabetes tipo 1, AL= 4-21 años, QL= 2/365 días, no refill.
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR.



SALUD FISICA

Contrato Número

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	4	Preferred		C
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	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]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		C
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	2	Preferred		C
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
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]				
JARDIANCE 10 mg tab, 25 mg tab	5	Preferred		PA, C
SYNJARDY 5-500 mg tab, 5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab, 12.5-1000 mg tab	5	Preferred		PA, C
SYNJARDY XR 5-1000 mg tab, 10-1000 mg tab, 12.5-1000 mg tab, 25-1000 mg tab	5	Preferred		PA, C
TRIJARDY XR 5-2.5-1000 mg tab, 10-5-1000 mg tab, 12.5-2.5-1000 mg tab, 25-5-1000 mg tab	5	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR.



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
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	
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Non-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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]				
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	
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
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	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
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 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	
<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	

• 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] • C–Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr	1	Preferred	TOPROL XL	
metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	LOPRESSOR	
metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr	2	Non-Preferred	TOPROL XL	
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]				
bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Non-Preferred	BUMEX	
furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	LASIX	
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Non-Preferred	INDERAL	
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]				
spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	ALDACTONE	
triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab	1	Preferred	MAXZIDE	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
<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	
DIURIL 250 mg/5ml susp	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	
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<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	
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]				
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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
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
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]				
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	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
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	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
<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	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

Contrato Número

Página 34 de 77
Revisado 02/04/2022




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]				
Antifungals [Antifungales]				
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DIFLUCAN	
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	1	Preferred	NIZORAL	
<i>nystatin 100000 unit/gm crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	Preferred	LAMISIL	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	2	Preferred	DIFLUCAN	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>		Preferred	SPORANOX	VIH/SIDA
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]				
<i>terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm</i>	2	Preferred	TERAZOL	
Antimalarials [Antimaláricos]				
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ARALEN	
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	Preferred	PLAQUENIL	
DARAPRIM 25 mg tab	19	Non-Preferred		PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos]				
<i>pentamidine isethionate 300 mg inh soln</i>	4	Non-Preferred	NEBUPENT	PA
ANTIPARASITICS [ANTIPARÁSITARIOS]				
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
PIN-X 720.5 mg chew tab	1	Preferred		OTC
REESES PINWORM MEDICINE 144 mg/ml Susp	1	Preferred		OTC
BILTRICIDE 600 mg tab	7	Non-Preferred		PA
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	1	Preferred	STROMECTOL	
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	TINDAMAX	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0045

Contrato Número

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

Página 35 de 77
Revisado 02/04/2022

EMR 

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	COGENTIN	
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]				
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	SYMMETREL	
<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	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD Nº 23 - 0045 Contrato Número
<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	
Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]				
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	1	Preferred	SINEMET	EMR
<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	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Non-Preferred	CARBEX	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]





SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Influenza]				
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap, 6 mg/ml susp</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA
Anti-hepatitis B (hbv) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]				
<i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	3	Preferred	BARACLUDE	PA
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]				
MAVYRET 100-40 mg tab	24	Preferred		PA
Antitherpetic 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	PA
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	Cubierto para las clínicas de CLETS
<i>valacyclovir 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	Preferred	VALTREX	
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

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
FUZEON subcutaneous kit 90 mg				TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]				
nevirapine 200 mg tab	1	Preferred	VIRAMUNE	
nevirapine 50 mg/5ml susp	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
efavirenz 200 mg cap, 50 mg cap, 600mg tab	6	Preferred	SUSTIVA	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Non-Preferred		
SUSTIVA 50 mg cap, 200 mg cap	6	Preferred		C
nevirapine er, 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 600 mg tab	7	Preferred		C
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	VIDEX	
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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>didanosine 400 mg cap dr</i>	5	Non-Preferred	VIDEX	
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	5	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Non-Preferred		
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	6	Preferred	COMBIVIR	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
EMTRIVA 200 mg cap				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE INMUNOLOGÍA
VIREAD 300 mg tab				
TRUVADA 200-300 mg tab				
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]				
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]				
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROSCAR	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<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	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
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	
<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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

TPP

EMR




SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln	8	Preferred	HEPARIN	
Cobalamins [Cobalaminas]				
cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, C
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA, C
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	9	Preferred		PA, C
NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr	9	Preferred		PA, C
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	9	Preferred		PA, C
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln	9	Preferred		PA, C
ZIEXTENZO 6 mg/0.6ml sc soln pfs	12	Non-Preferred		PA
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]				
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

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

 Pagina 40 de 77
Revisado 02/04/2022

EMR

SALUD FISICA

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/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	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD Nº 23 - 0045 Contrato Numero	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
RETACRIT 2000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
RETACRIT 3000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
RETACRIT 4000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
RETACRIT 20000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]				
ELIQUIS 2.5 mg tab	4	Preferred		PA, C
ELIQUIS 5 mg tab	4	Preferred		PA, C

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Folates [Folatos]				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
Iron [Hierro]				
<i>ferrous sulfate 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	OTC
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]				
<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
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas]				
<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	
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]				
Bisphosphonates [Bifosfonatos]				
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	1	Preferred	FOSAMAX	

EMR

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]				
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	
<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	
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]				
<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	
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]				
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	2	Preferred	MEXITIL	
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	3	Preferred	MEXITIL	
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]				
<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	
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente]				
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	1	Preferred	TRENTAL	
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]				
<i>digox 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
<i>digoxin 0.05 mg/ml soln, 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ENTRESTO 24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab	5	Preferred	ENTRESTO	PA, C
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]				
ambrisentan 10 mg tab, 5 mg tab	12	Preferred	LETAIRIS	PA
sildenafil citrate 20 mg tab	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
VENTAVIS 10 mcg/ml inh soln, 20 mcg/ml inh soln	25	Preferred		PA
Vasodilators [Vasodilatadores]				
isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	IMDUR	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr	1	Preferred	IMDUR	
nitroglycerin 0.2 mg/hr td patch 24hr	1	Preferred	NITRODUR ADMINISTRACION DE	
NITROSTAT 0.3 mg tab sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub	1	Preferred	SEGUROS DE SALUD	
nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr	2	Non-Preferred	NITRODUR	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]				
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]				
dimethyl fumarate 120 mg cap dr, 120-240 MG starter pck, 240 mg cap dr	22	Preferred	TECFIDERA	PA
dalfampridine 10 tab er 12hr	5	Preferred		PA
glatiramer 20 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe	15	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR 

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>glatiramer</i> 40 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe	11	Preferred		PA
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, 0.25 mg cap	15	Preferred		PA, C
TYSABRI intravenous concentrate 300 mg/15ml	15	Preferred		PA, C
BETASERON 0.3 mg sc kit	13	Preferred		PA, C
OCREVUS 300 mg/10 ml IV	15	Preferred		PA, C
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]				
<i>lomustine</i> 10 mg cap	3	Non-Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred		
<i>temozolomide</i> 5 mg cap	4	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>lomustine</i> 40 mg cap	5	Non-Preferred	CEENU	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
LEUKERAN 2 mg tab	6	Non-Preferred		# 23 - 0045
<i>lomustine</i> 100 mg cap	6	Non-Preferred	CEENU	Contrato Número
MYLERAN 2 mg tab	7	Non-Preferred		
<i>temozolomide</i> 20 mg cap	9	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide</i> 250 mg cap	11	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide</i> 140 mg cap	13	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide</i> 100 mg cap, 180 mg cap	14	Non-Preferred	TEMODAR	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]				
STIVARGA 40 mg tab	15	Preferred		PA, C
Antiandrogens [Antiandrógenos]				
bicalutamide 50 mg tab	2	Preferred	CASODEX	
flutamide 125 mg cap	4	Non-Preferred	EULEXIN	
abiraterone 250 mg tab	14	Preferred		PA
Antiestrogens [Antiestrógenos]				
tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	NOLVADEX	
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]				
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		AL ≥19 años
Antimetabolites [Antimetabolitos]				
hydroxyurea 500 mg cap	2	Preferred	HYDREA	
mercaptopurine 50 mg tab	2	Preferred	PURINETHOL	
methotrexate 2.5 mg tab	2	Preferred	METHOTREXATE	
capecitabine 150 mg tab	7	Non-Preferred	XELODA	PA
capecitabine 500 mg tab	11	Non-Preferred	XELODA	PA
methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln	1	Preferred	METHOTREXATE	
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml inj soln	1	Preferred	METHOTREXATE	
methotrexate sodium (pf) 1gm/40ml inj soln	1	Preferred	METHOTREXATE	
methotrexate sodium 250mg/10ml inj soln	1	Preferred	METHOTREXATE	
methotrexate sodium (pf) 250mg/10ml inj soln	1	Preferred	METHOTREXATE	
methotrexate sodium 1g recon inj soln	1	Preferred	METHOTREXATE	

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0045

Contrato Número

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

Página 46 de 77
Revisado 02/04/2022



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos]				
RUXIENCE 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	13	Preferred		PA, C
TRUXIMA 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml	16	Preferred		PA
RITUXAN 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	17	Preferred		PA, C
AVASTIN 100 mg/4ml iv soln, 400 mg/16ml iv soln	17	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
MVASI 100mg/4ml iv sol, 400mg/16ml iv sol	17	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
HERCEPTIN 150 mg iv soln, 440 mg iv soln	21	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
KANJINTI 150 mg iv soln, 420 mg iv soln	21	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores de Enzimas]				
<i>imatinib 100 mg tab</i>	18	Preferred	GLEEVEC	PA
AFINITOR 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	23	Preferred		PA, C
AFINITOR 2.5 mg tab	25	Preferred		PA, C
AFINITOR DISPERZ 2 mg oral tab, 3 mg oral tab, 5 mg oral tab		Preferred	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD	PA, C
IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap	25	Preferred	Nº 23 - 0045 Contrato Número	PA, C
IBRANCE 75 mg tab, 100 mg tab, 125 mg tab	25	Preferred		PA, C
<i>imatinib 400 mg tab</i>	25	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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C–Contracted Product [Producto Contratado]



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
NEXAVAR 200 mg tab	25	Preferred		PA, C
sunitinib 12.5 mg cap	21	Non-preferred		PA
sunitinib 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	25	Non-preferred		PA
SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	25	Preferred		PA, C
VENCLEXTA 10 mg tab, 100 mg tab, 50 mg tab	25	Non-preferred		PA
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 mg tab pack	25	Non-preferred		PA
VERZENIO 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	25	Preferred		PA, C
Apetite Stimulants [Estimulantes de Apetito]				
megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa]				
anastrozole 1 mg tab	1	Preferred	ARIMIDEX	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]				
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	
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH]				
ELIGARD 7.5 mg kit, 22.5 mg kit, 30 mg kit, 45 mg kit	4	Preferred	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD	PA, C
LUPRON DEPOT 45 mg im kit	6	Preferred	№ 23 - 0045	PA, C
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 7.5 mg im kit	6	Preferred	Contrato Número	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



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	11	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	6	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg (ped) im kit	11	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 30 mg (ped) im kit	11	Preferred		PA, C
leuprolide acetate 1 mg/ 0.2 ml inj kit	7	Non-preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]				
FIRMAGON 80 mg SC, 120 mg SC	5	Preferred		PA, C
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
REVLIMID 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap		Non-Preferred		PA
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]				
etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]				
chlorhexidine gluconate 0.12 % mouth/throat soln	1	Preferred	PERIDEX	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR 

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Xerostomia [Xerostomía]				
<i>pilocarpine 5 mg tab</i>	3	Preferred	SALAGEN	
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné]				
<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	
Acne Products [Productos para el Acné]				
<i>tretinoin 0.05 % crm,</i>	2	Preferred	RETIN A	AL < 21 años
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	6	Preferred	ZENATANE, MYORISAN, CLARAVIS	
Antihistamines [Antihistamínicos]				
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ATARAX	
Antipsoriatics [Antipsoriáticos]				
<i>methoxsalen 10 m cap</i>		Preferred	Oxsoralen	
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]				
<i>selenium sulfide 2.5 % lot</i>	1	Preferred	SELSUN	
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos]				
TALTZ 80 mg/ml SubQ Auto-injector, 80 mg/ml SubQ Prefilled Syringe	10	Preferred		PA, C
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]				
<i>fluorouracil 2 % soln, 5 % soln</i>	3	Preferred	EFUDEX	
<i>fluorouracil 5 % crm</i>	4	Non-Preferred	EFUDEX	

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

• 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] • C–Contracted Product [Producto Contratado]

Contrato Número
Página 50 de 77
Revisado 02/04/2022

EMR 



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Eczema Agents [Agentes para Eczema]				
DUPIXENT 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	13	Preferred		PA, C
<i>tacrolimus 0.03 % oint, 0.1 % oint</i>	4	Preferred	PROTOPIC	QL= 60 gm / 30 días
EUCRISA 2 % oint	7	Non-Preferred		PA
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia]				
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm</i>	3	Non-Preferred	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % oint</i>	4	Non-Preferred	DIPROLENE	
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia]				
<i>mometasone furoate 0.1 % oint, 0.1% crm, 0.1% soln</i>	1	Preferred	ELOCON	
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia]				
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % crm, 0.1 % oint, 0.5 % crm, 0.5 % oint</i>	1	Preferred	KENALOG	
<i>betamethasone valerate 0.1 % crm, 0.1 % lot, 0.1 % oint</i>	1	Preferred	DIPROLENE	
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia]				
<i>hydrocortisone 2.5 % crm, 2.5 % lot, 2.5 % oint</i>	1	Preferred	HYDROCORTISONE	
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]				
<i>permethrin 5 % crm</i>	3	Preferred	ELIMITE	QL= 60 gm.
<i>lindane 1 % lot</i>	4	Non-Preferred	LINDANE	QL = 60 cc, 30días, ST

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]				
<i>mupirocin 2 % oint</i>	1	Preferred	BACTROBAN	
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	1	Preferred	SILVADENE	
<i>metronidazole 0.75 % crm, 0.75 % gel, 0.75 % lot</i>	4	Non-Preferred	METROLOTION	
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]				
<i>clotrimazole 1 % crm</i>	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos]				
<i>calcipotriene 0.005 % crm</i>	6	Non-Preferred	DOVONEX	
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	7	Non-Preferred	SORIATANE	
Warts [Verrugas]				
<i>Imiquimod cream 5%</i>	1	Preferred	ALDARA	AL>12 Años
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Acidos Biliares]				
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	
<i>cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]				
<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	

EMR

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

[Handwritten signature]



SALUD FISICA

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES]				
Antispasmodics [Antiespasmódicos]				
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	1	Preferred	BENTYL	
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	BENTYL	
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
<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		
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]				
<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
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]				
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA
<i>ursodiol 250 mg tab</i>	3	Preferred	URSO 250	PA
<i>ursodiol 500 mg tab</i>	4	Preferred	URSO Forte	PA
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc</i>	6	Non-Preferred	GASTROCROM	PA
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]				
<i>hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm</i>	2	Preferred	ANALPRAM-HC	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR

[Handwritten signature]

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]				
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]				
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato]				
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	4	Preferred	REVELA	PA
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt</i>	7	Preferred	REVELA	PA
<i>calcium acetate 667 mg cap.</i>	3	Non-Preferred	PHOSLO	
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios]				
<i>ur n-c 81.6 mg tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
URETRON D/S tab	1	Preferred		
URIMAR-T 120 mg tab	1	Preferred		
<i>urin ds tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]				
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DITROPAN	
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLOGICOS]				
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
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	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD	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	Nº 23 - 0045 Contrato Número	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
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
ELOCTATE 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 750 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 1500 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 4000 unit intravenous kit, 5000 unit intravenous kit, 6000 unit intravenous kit	25	Preferred	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD № 23 - 0045 Contrato Número	PA, C
SOLIRIS 300 mg/30ml iv soln	25	Preferred		PA, C
ULTOMIRIS 1100 mg/11ml iv soln, 300 mg/30ml iv soln, 300 mg/3ml iv soln	25	Preferred		PA, C
Hemostatics [Hemostáticos]				
<i>tranexamic acid</i> 650 mg tab, 1000 mg/ ml IV soln	4	Non-	LYSTEDA	PA
AMICAR 500 mg tab, 0.25 gm/ml oral soln	5	Non-		PA
AMICAR 0.25 gm/ml oral soln	8	Non-		PA
<i>tranexamic acid</i> 100 mg/ml IV soln		Non-	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Androgens [Andrógenos]				
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln</i>	2	Preferred	DEPO-TESTOSTERONE	AL ≥19 años
<i>danazol 50 mg cap, 100 mg cap</i>	5	Preferred	DANOCRINE	
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]				
<i>cinacalcet 30 mg tab</i>	4	Preferred	SENSIPAR	PA
<i>cinacalcet 60 mg tab, 90 mg tab</i>	5	Preferred	SENSIPAR	PA
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	AL ≥19 años
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	Preferred	ARANELLE	PA
<i>CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	2	Preferred		PA
<i>LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab</i>	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	AL ≥19 años
<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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR

SALUD FISICA

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	AL ≥19 años
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento]				
GENOTROPIN <i>5mg SC, 12 mg SC, 0.2 mg MiniQuick SC, 0.4 mg MiniQuick SC, 0.6 mg MiniQuick SC, .0.8 mg MiniQuick SC, 1 mg MiniQuick SC, 1.2 mg MiniQuick SC, 1.4 mg MiniQuick SC, 1.6 mg MiniQuick SC, 1.8 mg MiniQuick SC, 2 mg MiniQuick SC</i>	6	Preferred		ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD Nº 23 - 0045 Contrato Número 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]				
LEVO-T 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		ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD Nº 23 - 0045 Contrato Número
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	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		C
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]				
desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln	2	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.2 mg tab	3	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin ace rhinal tube 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.1 mg tab	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]				
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA, C
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln, 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA, C
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA, C
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc, 10 mg/0.1ml sc, 20 mg/0.2ml sc, 40 mg/0.4ml sc, 80 mg/0.8ml sc, 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD Nº 23 - 0045 Contrato Número PA, C
RENFLEXIS 100 mg iv soln	10	Preferred		PA, C
INFLECTRA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA, C
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
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	
dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln	1	Preferred	DECADRON	OB-GYN
KENALOG 10 mg/ml inj susp	1	Preferred		
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	
methylprednisolone (pak) 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	

• 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] • C–Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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 & 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 250 mg cap</i>	1	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	1	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
<i>mycophenolate mofetil 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	2	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap,</i>	3	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	4	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab. dr, 360 mg tab dr</i>	5	Preferred	MYFORTIC	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] • C–Contracted Product [Producto Contratado]

EMR

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	5	Preferred	NEORAL	aPA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	6	Non-Preferred	RAPAMUNE	aPA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp</i>	8	Preferred	CELLCEPT	aPA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	11	Non-Preferred		aPA
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]				
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]				
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	4	Preferred	ROWASA	
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		C
<i>mesalamine tab dr 800 mg</i>	6	Preferred	ASACOL	
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA, C
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA, C
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA, C
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/0.2 ml sc kit, 10mg/0.1ml sc, 20 mg/0.4ml sc kit, 20mg/0.2 ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc kit,	9	Preferred	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD Nº 23 - 0045	PA, C
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 40 mg/0.8ml sc kit, 80mg/0.8ml sc kit, 80mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred	Contrato Número	PA, C
HUMIRA PEN 40 mg/0.8ml sc kit, 40mg/0.4ml sc kit	9	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] • C–Contracted Product [Producto Contratado]

EMR 



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA, C
RENFLEXIS 100 mg iv soln	10	Preferred		PA, C
INFLECTRA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA, C
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]				
hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema	2	Preferred	COLOCORT	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]				
calcitriol 0.25 mcg cap	1	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 0.5 mcg cap	2	Preferred	ROCALTROL	
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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]				
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]				
<i>classic prenatal 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal formula 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal plus iron 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATABS	OB-GYN
<i>prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
Vitamin K [Vitamina K]				
MEPHYTOIN 5 mg tab	6	Non-Preferred		
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]				
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 Musculoesqueléticos]				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]				
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]				
<i>ipratropium bromide 0.03 % nasal soln</i>	2	Non-Preferred	ATROVENT	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
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
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]				
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	
<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	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Limite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Limite 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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	TOBREX	
<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	
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]				
<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	
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]				
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
<i>cipro hc 0.2-1 % otic susp</i>	1	Preferred		

23 - 0045

Contrato Número

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

Página 65 de 77
Revisado 02/04/2022

EMR 

№ 23 - 0045



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]				
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Preferred	ATROVENT	
INCRUSE ELIIPTA 62.5 mcg/inh inh aer pwdr	4	Preferred		PA, C
Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración]				
ANORO ELLIPTA 62.5-25 mcg/inh inh aer pwdr	4	Preferred		PA, C
Antileukotrienes [Antileukotrienos]				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]				
<i>benzonatate 100 mg cap</i>	1	Preferred	TESSALON	
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	
Beta-2 Agonist Long Acting [Agonistas Beta-2 de Larga Duración]				
SEREVENT DISKUS 50 mcg/dose inh aer pwdr br act	5	Preferred		PA, C
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]				
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im soln	9	Preferred		PA, C
SYNAGIS 100 mg/ml im soln	11	Preferred		PA, C
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]				
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

EMR

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

[Handwritten signature]



Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>fluticasone-salmeterol</i> 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST
Wixela Inhub 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST
ADVAIR HFA 115-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
<i>budesonide</i> 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
<i>budesonide</i> 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 HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies]				
FASENRA subq soln 30 mg/mL prefilled syringe, 30 mg/mL auto injector	12	Preferred		PA, C
DUPIXENT 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	13	Preferred		PA, C
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]				
<i>cetirizine HCl</i> oral soln 1 MG/ML (5 MG/5ML)	1	Preferred	ZYRTEC	OTC
<i>loratadine</i> 5 mg/5ml soln, 5 mg/5ml syr	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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



SALUD FISICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>loratadine 10 mg tab</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]				
<i>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</i>	1	Preferred	THEO-DUR	
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer</i>	3	Preferred	ALBUTEROL	QL = 1 pompa / 30 días Límite de repeticiones =2
<i>albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1 Límite de edad =0-3
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 mcg/inh inh aer pwr br act	5	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]				
Antirheumatic-Enzyme Inhibitors [Antireumáticos- Inhibidores de enzimas]				
XELJANZ 10 mg tab, 5 mg tab	8	Preferred		PA, C
XELJANZ 1 mg/ml soln	8	Preferred		PA, C
XELJANZ XR 11 mg tab er 24 hr, 22 mg tab er 24 hr	8	Preferred		PA, C
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA, C
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA, C
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA, C
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA, C
ORENCIA 125 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe, 125 mg/ml ClickJect sc sol Autoinjector, 87.5 mg/0.7ml subcutaneous solution prefilled syringe, 50 mg/0.4ml subcutaneous solution prefilled syringe	10	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc, 10 mg/0.1ml sc, 20 mg/0.2ml sc, 40 mg/0.4ml sc, 80 mg/0.8ml sc, 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA, C
RENFLEXIS 100 mg iv soln	13	Preferred		PA, C
INFLECTRA 100 mg iv soln	9	Preferred		PA, C
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos]				
methotrexate 2.5 mg tab	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

EMR [Signature]

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	4	Non-Preferred	ARAVA	PA
<i>DEPEN TITRATABS 250 mg tab</i>	25	Preferred		PA

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

• 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] • C–Contracted Product [Producto Contratado]



A

abacavir sulfate	38
abacavir-lamivudine-zidovudine	39
abiraterone	46
acarbose	27
acetaminophen-codeine	19
acetazolamide	31
acetic acid	65
acitretin	52
ACTIMMUNE	49
acyclovir	37
ADEMPAS	44
ADVAIR HFA	67
ADVATE	54
AFINITOR	47
AFINITOR DISPERZ	47
albuterol HFA	68
albuterol sulfate	68
albuterol sulfate syrup	68
alendronate sodium	42
ALKERAN	45
allopurinol	30
alyacen 1/35	56
amantadine hcl	36
ambrisentan	44
AMICAR	55
amiodarone hcl	43
amitriptyline hcl	26
amlodipine besylate	31
amoxicillin	22
amoxicillin-pot clavulanate	22, 23
ampicillin	23
anastrozole	48
ANORO ELLIPTA	66
ARANESP (ALBUMIN FREE)	40, 41
aspirin	42
aspirin low dose	42
atenolol	31
atenolol-chlorthalidone	32
atorvastatin calcium	52
ATRIPLA	37
atropine sulfate	64
AVASTIN	47
AVONEX	45
AVONEX PEN	45
AVONEX PREFILLED	45
AZASAN	60
azathioprine	60
azithromycin	21

B

bacitracin	65
baclofen	63
BAQSIMI	27

BENEFIX	55
benzonatate	66
benztropine mesylate	36
betamethasone dipropionate aug	51
betamethasone sod phos & acet	60
betamethasone valerate	51
BETASERON	45
betaxolol hcl	64
bicalutamide	46
BICILLIN L-A	23
BILTRICIDE	35
brimonidine tartrate	64
bromocriptine mesylate	36, 56
budesonide	67
bumetanide	32

C

cabergoline	56
calcipotriene	52
calcitriol	62
calcium acetate	54
CAPASTAT	34
capecitabine	46
CARAFATE	53
carbamazepine	24, 26
carbamazepine er	25, 26
carbidopa-levodopa	36
carbidopa-levodopa er	36
carbidopa-levodopa-entacapone	36
carvedilol	33
cefaclor	23
cefadroxil	21
cefdinir	24
cefprozil	23
ceftriaxone	24
cephalexin	21
Cetirizine HCl	67
childrens loratadine	67
chlorhexidine gluconate	49
chloroquine phosphate	35
chlorothiazide	33
chlorthalidone	33
cholestyramine	52
cholestyramine light	52
cilostazol	42
cimetidine hcl	53
cinacalcet	56
cipro hc	65
ciprofloxacin	23
ciprofloxacin hcl	23, 64
clarithromycin	21
classic prenatal	63
clindamycin hcl	22
clindamycin phosphate	24, 50
clonazepam	20, 24
clonidine hcl	30

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR



SALUD FISICA

clopidogrel bisulfate	42	ENBREL	59, 61, 69
clotrimazole	49, 52	ENBREL MINI	59, 61, 69
colchicine	30	ENBREL SURECLICK	59, 61, 69
COLCRYS	30	enoxaparin sodium	42
cortisone acetate	60	entecavir	37
CREON	53	ENTRESTO	44
cromolyn sodium	53, 64	EPIVIR	38
CRYSSELLE-28	56	EPZICOM	37
CUPRIMINE	62, 70	ergoloid mesylates	26
cyanocobalamin	40	ERYTHROCIN STEARATE	22
cyclobenzaprine hcl	63	erythromycin	50
cycloserine	34	erythromycin base	22
cyclosporine	60, 61	erythromycin ethylsuccinate	22
cyclosporine modified	60, 61	estradiol	56
		estradiol-norethindrone acet	57
		estropipate	56
		ethambutol hcl	34
		ethosuximide	25
		etoposide	49
D		F	
dalfampridine	44	famotidine	53
dantrolene sodium	63	FASENRA	67
dapsone	34	fentanyl	18
DARAPRIM	35	ferrous sulfate	42
DELZICOL	61	finasteride	39
DEPEN TITRATABS	62	FIRMAGON	49
desmopressin ace rhinal tube	58	flecainide acetate	43
desmopressin ace spray refrig	58	FLOVENT DISKUS	66
desmopressin acetate	58	FLOVENT HFA	66, 67
desmopressin acetate spray	58	fluconazole	35
dexamethasone	59	fludrocortisone acetate	57
dexamethasone sodium phosphate	59	fluorometholone	65
diazepam	20	fluorouracil	50
diclofenac sodium	64	flurazepam hcl	20
dicyclomine hcl	53	flutamide	46
didanosine	38, 39	fluticasone propionate	64
digox	43	fluticasone-salmeterol	67
digoxin	43	folic acid	42
DILANTIN	25	fosinopril sodium	30
diltiazem hcl er	31	furosemide	32
diltiazem hcl er beads	31	FUZEON	38
diltiazem hcl er coated beads	31		
dilt-xr	31	G	
dimethyl fumarate	44	gabapentin	34, 25
DIURIL	33	gemfibrozil	52
divalproex sodium	24, 33	GENOTROPIN	57
donepezil hcl	26	gentamicin sulfate	65
dorzolamide hcl	64	GILENYA	45
dorzolamide hcl-timolol mal	64	glatiramer	44, 45
doxepin hcl	26, 27	glimepiride	29
doxycycline hyclate	24	glipizide	29
doxycycline monohydrate	24	GLUCAGON EMERGENCY	27
duloxetine	27	guaifenesin-codeine	66
DUPIXENT	51, 67		
E			
efavirenz	38		
ELIGARD	48		
ELIQUIS	41		
ELOCTATE	55		
EMTRIVA	39		

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0043

Contrato Número

EMR



SALUD FISICA

H

heparin sodium (porcine)	39, 40
heparin sodium (porcine) pf	39
HERCEPTIN	47
HUMALOG	28
HUMALOG MIX 50/50	28
HUMALOG MIX 75/25	28
HUMIRA	59, 61, 69
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	61
HUMIRA PEN	61
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER	62
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER	62
HUMULIN 70/30	27
HUMULIN N	28
HUMULIN R	29
hydralazine hcl	33
hydrochlorothiazide	33
hydrocodone-acetaminophen	19
hydrocortisone	51, 60, 62
hydrocortisone ace-pramoxine	53
hydromorphone	19, 20
hydroxychloroquine sulfate	35
hydroxyurea	46
hydroxyzine hcl	50
hydroxyzine pamoate	21

I

IBRANCE	47
ibuprofen	18
imatinib	47
imipramine hcl	27
imiquimod	52
INCRUSE ELIPTA	66
indapamide	33
indomethacin	18
INFED	42
INFLECTRA	59, 62, 69
insulin syringe/needle	29
INTELENCE	38
ipratropium bromide	63, 66
ISENTRESS	37
isoniazid	34
isosorbide mononitrate	44
isosorbide mononitrate er	44
isotretinoin	50
itraconazole	35
ivermectin	35

J

JARDIANCE	28
JENTADUETO	27
JENTADUETO XR	27

K

KANJINTI	47
----------	----

KENALOG	59, 60
ketoconazole	35
ketorolac tromethamine	64
KOGENATE FS	54
KOGENATE FS BIO-SET	55

L

lamivudine	38, 39
lamivudine-zidovudine	39
lamotrigine	24
lamotrigine chew tab	24
LANTUS	28
LANTUS SOLOSTAR	28
latanoprost	65
leflunomide	70
leucovorin calcium	48
LEUKERAN	45
leuprolide acetate	49
levetiracetam	25
levetiracetam er 24 hrs	25
levobunolol hcl	64
levocarnitine	62
levofloxacin	23
levothyroxine sodium	58
lidocaine viscous	20
lindane	51
lisinopril	30
lisinopril-hydrochlorothiazide	30
lomustine	45
loratadine	68
lorazepam	21
losartan potassium	30
losartan potassium-hctz	30
LOW-OGESTREL	56
LUPRON DEPOT	48, 49
LUPRON DEPOT-PED	49

M

MACRODANTIN	22
MATULANE	49
MAVYRET	37
MEDROL	59
medroxyprogesterone acetate	56
megestrol acetate	48
meloxicam	18
meperidine hcl	19
MEPHYTON	63
mercaptopurine	46
mesalamine	61
mesalamine tab dr	61
MESTINON	34
metformin hcl	27
metformin hcl er	27
methadone	19
METHADONE	19
methimazole	56
methotrexate	46, 69

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número 46, 69

EMR

[Handwritten signature]

SALUD FISICA

<i>methoxsalen</i>	50
<i>methyl dopa</i>	30
<i>methylprednisolone</i>	59, 60
<i>methylprednisolone (pak)</i>	59
<i>metoclopramide hcl</i>	29
<i>metolazone</i>	33
<i>metoprolol succinate er</i>	32
<i>metoprolol tartrate</i>	32
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>metronidazole</i>	22, 24, 52
<i>mexiletine hcl</i>	43
<i>midazolam hcl</i>	21
<i>minocycline hcl</i>	24
<i>minoxidil</i>	33
<i>misoprostol</i>	53, 57
<i>mometasone furoate</i>	51
<i>montelukast sodium</i>	66
<i>morphine sulfate</i>	19, 20
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	20
<i>morphine sulfate er</i>	18, 19
<i>mupirocin</i>	52
MVASI	47
<i>mycophenolate mofetil</i>	60
<i>mycophenolate sodium</i>	60
MYLERAN	45

N

<i>nabumetone</i>	18
<i>naloxone hcl</i>	20
<i>naltrexone hcl</i>	20
NAMENDA	26
<i>naproxen</i>	18
<i>naproxen dr</i>	18
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>	65
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	65
NEULASTA	40
NEUPOGEN	40
<i>nevirapine</i>	38
<i>nevirapine er</i>	38
NEXAVAR	48
<i>nifedipine er osmotic</i>	31
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	22
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	22
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	22
<i>nitroglycerin</i>	44
NITROSTAT	44
NIVESTYM	40
<i>nortriptyline hcl</i>	27
<i>nystatin</i>	35, 49, 50, 52

O

OCREVUS	45
<i>octreotide acetate</i>	57
<i>ofloxacin</i>	65
<i>omeprazole</i>	53
<i>ondansetron</i>	29
<i>ondansetron hcl</i>	29

ORENCIA	69
<i>oseltamivir phosphate</i>	37
<i>oxcarbazepine</i>	25, 26
<i>oxybutynin chloride</i>	54
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	19

P

<i>penicillin g procaine</i>	23
<i>penicillin v potassium</i>	23
<i>pentamidine isethionate</i>	35
<i>pentoxifylline er</i>	43
<i>permethrin</i>	51
<i>phenazopyridine hcl</i>	54
<i>phenobarbital</i>	25, 26
<i>phenytoin</i>	25
<i>phenytoin sodium extended</i>	25
<i>pilocarpine</i>	50
<i>pilocarpine hcl</i>	64
PIN-X	35
<i>pioglitazone hcl</i>	28
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	65
<i>potassium chloride</i>	62
<i>potassium chloride crys er</i>	62
<i>potassium chloride er</i>	62
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	36
<i>pravastatin sodium</i>	52
<i>prednisolone</i>	60
<i>prednisolone acetate</i>	65
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	65
<i>prednisone</i>	60
<i>prednisone (pak)</i>	60
<i>prenatal</i>	63
<i>prenatal 19</i>	63
<i>prenatal formula</i>	63
<i>prenatal low iron</i>	63
<i>prenatal plus iron</i>	63
<i>prenatal vitamins</i>	63
<i>primidone</i>	25
<i>probenecid</i>	30
<i>prochlorperazine</i>	29
<i>prochlorperazine edisylate</i>	29
<i>prochlorperazine maleate</i>	29
PROCRIT	40, 41
<i>promethazine hcl</i>	29
<i>propafenone hcl</i>	43
<i>propranolol hcl</i>	32, 43
<i>propylthiouracil</i>	56
<i>pyrazinamide</i>	34
<i>pyridostigmine</i>	34
<i>pyridostigmine bromide</i>	34

Q

<i>quinidine gluconate er</i>	43
<i>quinidine sulfate</i>	43
<i>quinidine sulfate er</i>	43

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Signature]

SALUD FISICA

R			
RAPAMUNE	61	temozolomide	45
REESES PINWORM MEDICINE	35	terazosin hcl	30, 39
RENFLEXIS	59, 62, 69	terbinafine hcl	35
RESCRIPTOR	38	terbutaline sulfate	68
RETACRIT	41	terconazole	35
REVLIMID	49	testosterone cypionate	56
rifabutin	34	theophylline er	68
RIFAMATE	34	timolol maleate	64
rifampin	34	tinidazole	35
RITUXAN	47	tobramycin	21, 65
rivastigmine tartrate	26	topiramate	25, 33
ropinirole hcl	36	TRADJENTA	27
RUXIENCE	47	tramadol hcl	19
		tranexamic acid	55
		TRECTOR	34
		TRELEGY ELLIPTA	68
		tretinoin	50
S		triamcinolone acetonide	51
salsalate	18	triamterene-hctz	32
SANDOSTATIN LAR DEPOT	57	trifluridine	65
selegiline hcl	36	TRIJARDY XR	28
selenium sulfide	50	trimethobenzamide hcl	29
SELZENTRY	37	TRUVADA	39
SEREVENT DISKUS	66	TRUXIMA	47
SEROMYCIN	34	TYSABRI	45
sevelamer	54		
sildenafil citrate	44	U	
silver sulfadiazine	52	ULTOMIRIS	55
simvastatin	52	ur n-c	54
sirolimus	61	URETRON D/S	54
sodium polystyrene sulfonate	63	URIMAR-T	54
SOLIRIS	55	urin ds	54
sotalol hcl	43	ursodiol	53
spironolactone	32		
stavudine	38	V	
STIMATE	58	VAGIFEM	46
STIVARGA	46	valacyclovir	37
sucrafate	53	valganciclovir hcl	37
sulfacetamide sodium-sulfur	50	valproic acid	25
sulfadiazine	24	vancomycin hcl	22
sulfamethoxazole-tmp ds	23	VENCLEXTA	48
sulfamethoxazole-trimethoprim	24	VENCLEXTA STARTING PACK	48
sulfasalazine	62	VENTAVIS	44
sulindac	18	verapamil hcl	31
sumatriptan succinate	34	verapamil hcl er	31
sunitinib	48	VERZENIO	48
SUSTIVA	38	VIDEX	39
SUTENT	48	VIMPAT	26
SYNAGIS	66	VIREAD	39
SYNJARDY	28		
SYNJARDY XR	28	W	
SYNTHROID	58	warfarin sodium	39
		Wixela	67
T			
tacrolimus	60		
TALTZ	50		
tamoxifen citrate	46		
tamsulosin hcl	39		

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0045

Contrato Número

EMR




SALUD FISICA

X		Z
XELJANZ	69	zidovudine 38
XELJANZ XR	69	ZIEXTENZO 40
		ZOLADEX 49
		zonisamide 25

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR



¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



EMR [Signature]



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

Salud Mental

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierto del Plan de Salud Vital

A B  R C A



[Handwritten signature]





1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la pagina de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



EMR

JAR

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierto del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045



3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

Contrato Número

EMR

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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,

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

EMR



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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV 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 aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

PLAN DE SALUD DEL VITAL DEL GOBIERNO DE PR

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV (FMC)
2022**

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022.....	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

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número




DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital 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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORIA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANTI-ADDICTION AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN]				
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]				
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
Detox Treatment [Tratamiento De Detox]				
b-1 100 mg tab	1	Preferred	THIAMINE	QL
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	
folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	QL, OTC
ibuprofen 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL
loperamide hcl 2 mg cap	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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

№ 23 - 0045

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:

Contrato Número


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.

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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

EMR

Contrato Número

[Handwritten signature]

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

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]				
<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	
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]				
<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] • C- Contracted Product [Producto Contratado]

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	
Tricyclic Agents [Tricíclicos]				
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	
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS]				
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]				
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] • C- Contracted Product [Producto Contratado]



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

- 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] • C- Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



№ 23 - 0045

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ANIMO]				
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]				
<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	
<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	


- 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] • C- Contracted Product [Producto Contratado]

EMR

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 soln, 250 mg/5ml syr	1	Preferred	DEPAKENE	
quetiapine fumarate 50 mg tab	2	Preferred	SEROQUEL	
risperidone 1 mg/ml soln	2	Preferred	RISPERDAL	
quetiapine fumarate 100 mg tab	3	Preferred	SEROQUEL	
quetiapine fumarate 200 mg tab	4	Preferred	SEROQUEL	
quetiapine fumarate 300 mg tab	5	Preferred	SEROQUEL	
quetiapine fumarate 400 mg tab	6	Preferred	SEROQUEL	
aripiprazole 10 mg tab, 15 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab	7	Non-Preferred	ABILIFY	PA
aripiprazole 1 mg/ml soln	10	Non-Preferred	ABILIFY	PA
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]				
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]				
amphetamine-dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab	2	Preferred	ADDERALL	AL 4-20 años
amphetamine-dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	3	Preferred	ADDERALL	AL 4-20 años
dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred	DEXEDRINE	AL 6-20 años
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24 hr, 10 mg cap er 24 hr	4	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	ST PA≥21 AL 6-20 años
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	ST PA≥21 AL 4-20 años
DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL	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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]
 • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C- Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD]				
<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	AL 6-20 años
<i>methylphenidate hcl ER (CD) 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap</i>	3	Non-Preferred	METADATE CD	PA≥21, ST, AL 6-20 años
<i>atomoxetine 10 mg cap, 100 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap</i>	5	Preferred	STRATTERA	PA, AL 6-20 años, QL= 30 caps/ 30 días
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<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	
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]				
<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] • C- Contracted Product [Producto Contratado]

EMR



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



V

valproic acid.....14
venlafaxine hcl.....11
venlafaxine hcl er11

Z

zolpidem tartrate.....15

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ASES
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389

[Handwritten signature]



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD,

Sub-Formulario de Salud Física

Nº 23 - 0045

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B **A** R C A

EMR



[Handwritten signature]





GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
Director Ejecutivo | Jorge E. Galva, JD, MHA | jgalva@asespr.org

1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizados por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la página de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



PO Box 195661, San Juan, PR 00919-5661 • Tel: 787 474.3300 • www.asespr.org



Emir



SUB FÍSICA

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



SUB FÍSICA

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSV establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.
- B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.
- F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD,

Nº 23 - 0045

EMR

Contrato Número



SUB FÍSICA

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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV 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 aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



SUB FÍSICA

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV
2022

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022.....	11
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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR



SUB FÍSICA

ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS].....	17
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa].....	17
Biguanides [Biguanidas]	17
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]	17
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]	18
Antigout Agents [Agentes Antigota]	18
Uricosurics [Uricosúricos]	18
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]	19
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	19
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]	20
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	20
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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



SUB FÍSICA

Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos].....	21
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	21
Antituberculars [Antituberculosos]	21
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS].....	22
Antimalarials [Antimaláricos].....	22
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	22
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson].....	22
Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina].....	22
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]	23
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos].....	23
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	23
Anticoagulants [Anticoagulantes]	23
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]	24
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]	25
Antifungals [Antifungales].....	25
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	26
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos]	26
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	26

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



SUB FÍSICA

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].....	26
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].....	26
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos].....	26
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones].....	26
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].....	28
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
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	30
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	30

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR



SUB FÍSICA

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

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

SUB FÍSICA

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital 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 (Requisitos/ Límites)
THERAPEUTIC CATEGORY (CATEGORIA TERAPÉUTICA)				
Therapeutic Class (Clase Terapéutica)				
ANALGESICS (ANALGÉSICOS)				
Nonsteroidal Anti-inflammatory Agents (NSAIDs) (Anti-inflamatorios No Esteroidales)				
ibuprofen 400 mg tab 600 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	Q1 = 5 días
indomethacin 75 mg cap 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	Q1 = 5 días
nabumetone 500 mg tab 750 mg tab	1	Preferred	RELAFEN	Q1 = 5 días
naproxen 250 mg tab 375 mg tab 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	Q1 = 5 días
naproxen sodium 275 mg tab 550 mg tab	1	Preferred	ANAPROX	Q1 = 5 días
salsalate 500 mg tab 750 mg tab	1	Preferred	DISALCID	Q1 = 5 días
indomethacin or 75 mg cap or	2	Non-Preferred	INDOCIN	Q1 = 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:

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD



Nº 23 - 0045

Contrato Número



SUB FÍSICA


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.

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.


ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD
EMR Nº 23 - 0045
Contrato Número



№ 23 - 0045


Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGESICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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	
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides De Corta Duración]				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=5 días Pacientes mayores de 18 años
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=6 tabletas diarias/ 5 días de suplido dentro de 30 días Pacientes mayores de 18 años
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	QL=3 tabletas diarias/ 5 días de suplido dentro de 30 días Pacientes de 12 años o más
<i>margesic 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 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]
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	QL=5 días
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
<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
Macrolides [Macrólidos]				
<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
<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
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
<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

• 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]


Página 14 de 35
Revisado 01/01/2022

EMR



SUB FÍSICA

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	FLAGYL	QL=5 días
nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap	1	Preferred	MACRODANTIN	QL=5 días
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap	2	Preferred	MACRODANTIN	QL=5 días
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	2	Preferred	MACROBID	QL=5 días
Penicillins [Penicilinas]				
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	1	Preferred	AMOXIL	QL=5 días
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
Quinolones [Quinolonas]				
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

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL₉₀ – 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]

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]				
<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
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
<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
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]				
<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
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
<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

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	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
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]				
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]				
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
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao]				
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	QL=5 días
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABETICOS]				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]				
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	QL=5 días
Biguanides [Biguanidas]				
metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL=5 días
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	QL=5 días
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
<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
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
<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
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
<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
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]				
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

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
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
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	CALAN	QL=5 días
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica]				
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	Preferred	DIAMOX	QL=5 días
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
<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

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
<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
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]				
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	QL=5 días
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
<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
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio]				
<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
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
<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
<i>DIURIL 250 mg/5ml susp</i>	1	Preferred		QL=5 días
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	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]

EMR

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	QL=5 días
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	QL=5 días
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]				
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]				
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	QL=5 días
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]				
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	QL=5 días
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	6	Non-Preferred	MESTINON	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
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
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
<i>CAPASTAT SULFATE 1 gm inj</i>				

EMR

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
RIFAMATE 150-300 mg cap				Tuberculosis Program
TRECTOR 250 mg tab				
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]				
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
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	25	Non-Preferred	DARAPRIM	QL=5 días
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
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
<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
Dopamine Precursors [Precursores De Dopamina]				
<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



Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	Preferred	SINEMET CR	QL=5 días
Monoamine Oxidase B (Mao-B) Inhibitors [Inhibidores De Mao-B]				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Preferred	CARBEX	QL=5 días
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA, QL=5 días
Antitherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
<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
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]				
<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
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]				
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
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
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

• 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]





Nº 23 - 0045

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
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
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	9	Preferred		PA, P
NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr	9	Preferred		PA, P
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	9	Preferred		PA, P
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln,	9	Preferred		PA, 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
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]				
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
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
<i>sotalol hcl (af) 120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	QL=5 días
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]				
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL=5 días
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINAGLUTE	QL=5 días
<i>quinidine sulfate er 300 mg tab er</i>	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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

EMR



Nº 23 - 0045

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-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
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]				
<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
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	QL=5 días
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]				
<i>digox 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	QL=5 días
<i>digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	QL=5 días
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<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
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
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

• 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]

EMR

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
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
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]				
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
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	QL=5 días
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA, QL=5 días
<i>ursodiol 250 mg tab</i>	3	Preferred	URSO 250	PA, QL=5 días
<i>ursodiol 500 mg tab</i>	4	Preferred	URSO Forte	PA, QL=5 días
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=5 días





Nº 23 - 0045

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]				
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]				
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PYRIDIUM	QL=3 días
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]				
<i>methimazole 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	TAPAZOLE	QL=5 días
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	Preferred	PROPYLTHIOURA CIL	QL=5 días
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]				
<i>cinacalcet 30 mg tab</i>	4	Preferred	SENSIPAR	PA
<i>cinacalcet 60 mg tab, 90 mg tab</i>	5	Preferred	SENSIPAR	PA
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina]				
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]				
<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
<i>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</i>	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]

EMR



№ 23 - 0045

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<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	QL=5 días
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	QL=5 días
<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	QL=5 días
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	QL=5 días
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	QL=5 días
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]				
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]				
<i>DELZICOL 400 mg cap dr</i>	5	Preferred		QL=5 días, P
<i>mesalamine tab dr 800 mg</i>	6	Preferred	ASACOL	QL=5 días, P
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	AZULFIDINE	QL=5 días
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LIORESAL	QL=5 días
<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
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	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]

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]				
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
<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
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]				
<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
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	QL=1 frasco / 25 días
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]				
<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	QL=1 frasco 5ml / 25 días

EMR

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]				
<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
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln</i>	1	Preferred	PROVENTIL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	QL=5 días
<i>albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer</i>	1	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1 Límite de edad =0-3

EMR

A

acarbose	17
acetaminophen-codeine	13
acetaminophen-codeine #3	13
acetazolamide	19
acetic acid	30
acyclovir	23
albuterol HFA	31
albuterol sulfate	31
albuterol sulfate syrup	31
allopurinol	18
amantadine hcl	22, 23
amiodarone hcl	25
amlodipine besylate	19
amoxicillin	15
amoxicillin-pot clavulanate	15
ampicillin	15
ASACOL HD	28
atenolol	19
atenolol-chlorthalidone	20
atorvastatin calcium	26
azithromycin	14

B

baclofen	28
betaxolol hcl	29
brimonidine tartrate	29
bromocriptine mesylate	22, 27
budesonide	30

C

CAPASTAT SULFATE	21
carbamazepine	16
carbidopa-levodopa	22
carbidopa-levodopa er	23
carbidopa-levodopa-entacapone	22
carvedilol	21
cefaclor	16
cefadroxil	14
cefdinir	16
cefprozil	16
cephalexin	14
chloroquine phosphate	22
chlorothiazide	20
chlorthalidone	20, 21
cholestyramine	26
cholestyramine light	26
cilostazol	24
cimetidine hcl	26

cinacalcet	27
ciprofloxacin	15
ciprofloxacin hcl	15
clarithromycin	14
clindamycin hcl	14
clonidine hcl	19
clopidogrel bisulfate	24
clotrimazole	25
colchicine	18
COLCRYS	18
cyclobenzaprine hcl	28
cycloserine	21

D

dantrolene sodium	28
DELZICOL	28
dexamethasone	28
digox	25
digoxin	25
DILANTIN	16
DIURIL	20
donepezil hcl	17
dorzolamide hcl	29

E

ERYTHROCIN STEARATE	14
erythromycin base	14
erythromycin ethylsuccinate	14
ethosuximide	17

F

famotidine	26
flecainide acetate	25
FLOVENT DISKUS	30
FLOVENT HFA	30
furosemide	20

G

gabapentin	16
gemfibrozil	26
gentamicin sulfate	26, 29
glimepiride	18
glipizide	18
guaifenesin-codeine	30

H

heparin sodium (porcine)	23
heparin sodium (porcine) pf	23

EMR





Nº 23 - 0045

SUB FÍSICA

Contrato Número

HUMULIN 70/30	17
HUMULIN N.....	18
HUMULIN R.....	18
hydralazine hcl.....	21
hydrochlorothiazide	20
hydroxychloroquine sulfate.....	22

I

ibuprofen	13
indapamide	21
indomethacin	13
ipratropium bromide	30
isoniazid	21
isosorbide mononitrate.....	25
isosorbide mononitrate er	25

L

latanoprost	29
levetiracetam	16, 17
levobunolol hcl.....	29
levofloxacin	15
levothyroxine sodium	27
lidocaine viscous	14
lisinopril	19
lisinopril-hydrochlorothiazide	19
losartan potassium	19
losartan potassium-hctz.....	19

M

MACRODANTIN.....	14
margesic	13
mesalamine tab dr.....	28
MESTINON.....	21
metformin hcl	17
methimazole	27
methyl dopa	19
methylprednisolone	28
metoclopramide hcl.....	18
metolazone	21
metoprolol succinate er.....	19, 20
metoprolol tartrate	20
metoprolol-hydrochlorothiazide	20
metronidazole	15
mexiletine hcl.....	25
montelukast sodium	30
mupirocin	26

N

napumetone.....	13
naproxen.....	13

neomycin-polymyxin-dexamethasone.....	29
neomycin-polymyxin-hc	30
NEULASTA.....	24
NEULASTA DELIVERY KIT	24
nitrofurantoin macrocrystal	15
nitrofurantoin monohyd macro.....	15
NITROSTAT	25
NIVESTYM	24
nystatin.....	25

O

omeprazole	26
oxcarbazepine	16, 17

P

penicillin v potassium	15
phenazopyridine hcl	27
phenobarbital.....	16, 17
phenytoin	17
phenytoin sodium extended.....	17
pioglitazone hcl.....	18
pramipexole dihydrochloride.....	22
prednisolone acetate.....	29
prednisone	28
prednisone (pak)	28
primidone	16
probenecid	18
prochlorperazine.....	18
prochlorperazine maleate	18
promethazine hcl.....	31
propafenone hcl.....	25
propranolol hcl.....	20, 24
propylthiouracil	27
pyrazinamide	21
pyridostigmine	21
pyridostigmine bromide.....	21
pyrimethamine	22

Q

quinidine gluconate er.....	24
quinidine sulfate	24
quinidine sulfate er.....	24

R

rifabutin	21
RIFAMATE.....	22
rifampin	21
rivastigmine tartrate.....	17
ropinirole hcl	22

EMR

S

<i>salsalate</i>	13
<i>selegiline hcl</i>	17, 23
<i>silver sulfadiazine</i>	26
<i>simvastatin</i>	26
<i>sotalol hcl</i>	24
<i>sotalol hcl (af)</i>	24
<i>spironolactone</i>	20
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	16
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	16
<i>sulfasalazine</i>	28
SYNTHROID.....	27

T

<i>terazosin hcl</i>	19, 23
<i>terbutaline sulfate</i>	31
<i>timolol maleate</i>	29

<i>tobramycin</i>	29
<i>topiramate</i>	16, 21
<i>tramadol hcl</i>	13
TRECTOR.....	22
<i>triamterene-hctz</i>	20
<i>trimethobenzamide hcl</i>	18

U

<i>ursodiol</i>	26
-----------------------	----

V

<i>valganciclovir hcl</i>	23
<i>verapamil hcl</i>	19

W

<i>warfarin sodium</i>	23
------------------------------	----

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ASES
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389



EMR



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Sub-Formulario de Salud Mental

Nº 23 - 0045

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A

EMR



[Handwritten signature]





GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
Director Ejecutivo | Jorge E. Galva, JD, MHA | jgalva@asespr.org

1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizados por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la pagina de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



EMR



ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento**

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 3 de 15



solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir. Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 4 de 15



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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados en una sala de emergencia forman parte del FEI.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 5 de 15



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

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

Página 6 de 15

[Handwritten signature]



PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV
2022

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO	3
DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022.....	8
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	8
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	9
ANTIANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]	10
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	10
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]	10
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
Anticholinergics [Anticolinérgicos]	11
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS].....	11
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación].....	11
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]	11
DETOX TREATMENT [TRATAMIENTO DE DETOX]	12
Detox Treatment [Tratamiento De Detox].....	12
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO]	12
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad].....	12
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]	12
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD].....	12
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD].....	13
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO].....	13
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	13
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]	13

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten signature]

DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital 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 [Requisitos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPEÚTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	QL=5 días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	QL=5 días
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]				
bupropion hcl 75 mg tab	1	Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr	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

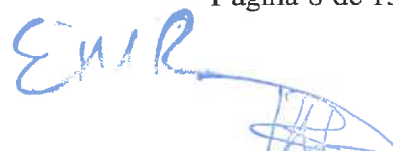
El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio (“Costo Neto”) se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la terapia a prescribirse, incluyendo cualquier descuento negociado y comparando dicho producto con otras alternativas terapéuticas disponibles según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

ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMIR



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.

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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número






Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<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
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]				
<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
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]				
<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]

EMR



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
Tricyclic Agents [Tricíclicos]				
<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
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	COGENTIN	QL=30 días
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS]				
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]				
<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
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]				
<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]

EMR



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
DETOX TREATMENT [TRATAMIENTO DE DETOX]				
Detox Treatment [Tratamiento De Detox]				
<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
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ANIMO]				
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]				
<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
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]				
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]				
<i>amphetamine-dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab</i>	2	Preferred	ADDERALL	QL=30 días, AL 4-20 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
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	3	Preferred	DEXEDRINE	QL=30 días, 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	QL=30 días, AL 6-20 años ST PA≥21
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr</i>	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	QL=30 días, AL 6-20 años ST PA≥21

• 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]

EMR

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL	4	Non-Preferred	DYANAVEL XR	PA, AL 6-20 años
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD]				
<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
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	2	Preferred	RITALIN	QL=30 días, AL 6-20 años
<i>dexmethylphenidate hcl 10 mg tab</i>	3	Preferred	FOCALIN	QL=30 días, AL 6-20 años
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	Preferred	RITALIN	QL=30 días, AL 6-20 años
<i>methylphenidate hcl ER (CD) 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap</i>	3	Non-Preferred	METADATE CD	PA, ST, AL 6-20 años
<i>atomoxetine 10 mg cap, 100 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap</i>	5	Preferred	STRATTERA	QL=30 días, AL 6-20 años, PA
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<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
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]				
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	AMBIEN	QL=5 días

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

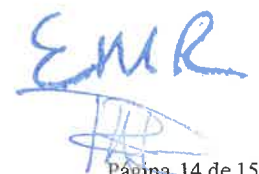
• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly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

Página 13 de 15
Revisado 01/01/2022

EMR

Contrato Número

<p>A</p> <p>amitriptyline hcl.....10</p> <p>amphetamine-dextroamphetamine11</p> <p>atomoxetine.....12</p> <p>B</p> <p>benztropine mesylate.....10</p> <p>bupropion hcl..... 9</p> <p>bupropion hcl er (sr)..... 9</p> <p>bupropion hcl er (xl)..... 9</p> <p>C</p> <p>citalopram hydrobromide 9</p> <p>clonidine hcl..... 11, 12</p> <p>D</p> <p>dexmethylphenidate hcl.....12</p> <p>dextroamphetamine sulfate11</p> <p>dextroamphetamine sulfate er.....11</p> <p>diazepam 9</p> <p>divalproex sodium11</p> <p>doxepin hcl.....10</p> <p>DYANAVEL XR.....11</p> <p>F</p> <p>fluoxetine hcl..... 9</p> <p>flurazepam hcl.....12</p> <p>folic acid.....11</p> <p>H</p> <p>haloperidol10</p> <p>hydroxyzine pamoate..... 9</p> <p>I</p> <p>ibuprofen.....11</p> <p>imipramine hcl10</p>	<p>L</p> <p>lamotrigine11</p> <p>loperamide hcl.....11</p> <p>lorazepam..... 9</p> <p>M</p> <p>methylphenidate hcl12</p> <p>methylphenidate hcl ER (CD).....12</p> <p>mirtazapine 9</p> <p>N</p> <p>nortriptyline hcl10</p> <p>P</p> <p>paroxetine hcl.....10</p> <p>R</p> <p>risperidone10</p> <p>S</p> <p>sertraline hcl.....10</p> <p>T</p> <p>temazepam.....12</p> <p>trazodone hcl..... 9</p> <p>V</p> <p>valproic acid.....11</p> <p>venlafaxine hcl.....10</p> <p>vitamin b-111</p> <p>Z</p> <p>zolpidem tartrate.....12</p>
---	--



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ASES
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389




EMR



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

VIH-SIDA

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

EMR

A B  R C A

[Handwritten signature]





GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
Director Ejecutivo | Jorge E. Galva, JD, MHA | jgalva@asespr.org

1 de enero de 2022

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizados por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la pagina de ases, bajo Proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



EMR

PO Box 195661, San Juan, PR 00919-5661 Tcl: 787.474.3500 • www.asespr.org

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

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 PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV 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 PSV.

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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Página 3 de 21

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "EMR", is located in the bottom right corner of the page.

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Página 4 de 21

.Contrato Número

EMR
[Handwritten signature]

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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 PSV 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 aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Página 5 de 21





PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PLAN DE SALUD VITAL
2022

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022.....	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].....	13
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....	13
Antifungals [Antifungales].....	13
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS].....	13
Anthelmintics [Antihelmínticos].....	13
Antimalarials [Antimaláricos].....	13
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráricos].....	13
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES].....	13
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	13
Anti-hepatitis B (hvb0 Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)].....	14

ADMINISTRACION DB
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]	14
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	14
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa]	14
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa].....	14
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	15
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis].....	15
Iron [Hierro].....	16
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	16
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina].....	16
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]	16
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]	17
Antifungals [Antifungales].....	17
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	17
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	17
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	17
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	17

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten Signature]

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2022

Los medicamentos que aparecen en el FMC son aquellos medicamentos en la cubierta del Plan de Salud Vital 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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
lidocaine viscous 2% mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
Aminoglycosides [Aminoglucósidos]				
streptomycin sulfate 1 gm im soln	4	Preferred	STREPTOMYCIN	
Macrolides [Macrólidos]				
azithromycin 250 mg tab 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm pckt 100 mg/5ml susp 200 mg/5ml susp 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	
clarithromycin 125 mg/5ml susp 250 mg tab 500 mg tab	2	Preferred	BIAXIN	
clarithromycin 250 mg/5ml susp	3	Preferred	BIAXIN	
ERY-TAB 500 mg tab d	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:

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.

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.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

EMR

Nº 23 - 0045

Página 9 de 21

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
Macrolides [Macrólidos]				
<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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

ADMINISTRACION DB
SEGUROS DE SALUD

Página 10 de 21
Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0045



Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
Penicillins [Penicilinas]				
<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	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	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	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 11 de 21
Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0045

EMR 

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	Preferred	CIPRO	
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
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	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Non-Preferred	VIBRAMYCIN	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
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	Puerto Rico Health Department Tuberculosis
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
<i>RIFAMATE 50-300 mg cap</i>				
<i>TRECTOR 250 mg tab</i>				

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 12 de 21
Revisado 01/01/2022

№ 23 - 0045

EMR 

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
CAPASTAT 1 gm inj				Control Program
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]				
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	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
voriconazole 40 mg/ml susp	4	Preferred	VFEND	
itraconazole 100 mg cap	5	Preferred	SPORANOX	
SPORANOX 10 mg/ml soln	6	Preferred		
voriconazole 50 mg tab	8	Preferred	VFEND	
voriconazole 200 mg tab	10	Preferred	VFEND	
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]				
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
albendazole 200 mg tab	4	Non-Preferred	ALBENZA	
Antimalarials [Antimaláricos]				
pyrimethamine 25 mg tab	25	Non-Preferred	DARAPRIM	PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos]				
pentamidine 300 mg inh soln	10	Non-Preferred	NEBUPENT	PA
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
valganciclovir hcl 450 mg tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Anti-hepatitis B (hbv0 Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)])				
entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab	3	Preferred	BARACLUDE	PA
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]				
MAVYRET 100-40 mg tab	24	Preferred		PA
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa]				
nevirapine 200 mg tab	1	Preferred	VIRAMUNE	
nevirapine 50 mg/5ml susp	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	
efavirenz 200 mg cap, 50 mg cap, 600mg tab	6	Preferred	SUSTIVA	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Non-Preferred		
SUSTIVA 200 mg cap	6	Preferred		P
nevirapine er 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 50 mg cap, 600 mg tab	7	Preferred		P
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]				
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	VIDEX EC	
lamivudine 10 mg/ml soln	4	Preferred	EPIVIR	
lamivudine 150 mg tab	4	Preferred	EPIVIR	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 14 de 21
Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0045

EMR 

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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-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	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]				
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
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

EMR

Contrato Número

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

[Signature]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
PROCRT 40000 unit/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
RETACRIT 2000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 3000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 4000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 20000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
Iron [Hierro]				
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progестina]				
megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Acido Fólico]				
leucovorin calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 16 de 21
Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR 

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<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	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Limite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Limite 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

**ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD**

Página 17 de 21
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0045

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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	

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten signature]

• 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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

A		H	
abacavir sulfate	15	hydrocortisone	18
abacavir-lamivudine-zidovudine	15	I	
acyclovir	14	iron	16
albendazole	13	isoniazid	12
amoxicillin	11	itraconazole	13
amoxicillin-pot clavulanate	11	K	
ampicillin	11	ketoconazole	13
ARANESP (ALBUMIN FREE)	15, 16	L	
azithromycin	10	lamivudine	14, 15
		lamivudine-zidovudine	15
B		leucovorin calcium	16, 17
BICILLIN L-A	11	levofloxacin	11
		lidocaine viscous	10
C		M	
CAPASTAT	13	MAVYRET	14
ciprofloxacin	12	MEDROL	17
ciprofloxacin hcl	11	megestrol acetate	16
clarithromycin	10	methylprednisolone	17, 18
clindamycin hcl	11	methylprednisolone (pak)	17
clotrimazole	17	minocycline hcl	12
cycloserine	12	N	
		nevirapine	14
D		nevirapine er	14
dapsone	13	nystatin	17
dexamethasone	17	P	
didanosine	14, 15	penicillin g procaine	11
doxycycline hyclate	12	penicillin v potassium	11
doxycycline monohydrate	12	pentamidine	13
		prednisolone	17
E		prednisone	17
E.E.S. GRANULES	10	prednisone (pak)	18
efavirenz	14	PROCRIT	15, 16
entecavir	14	pyrazinamide	12
EPIVIR	14	pyrimethamine	13
ERYPED 200	10	R	
ERYPED 400	10	RESCRIPTOR	14
ERY-TAB	10	RETACRIT	16
ERYTHROCIN STEARATE	10	rifabutin	12
erythromycin base	10		
erythromycin ethylsuccinate	10		
ethambutol hcl	12		
F			
fluconazole	13		
fludrocortisone acetate	17		

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

EMR 



VIH-SIDA

RIFAMATE.....12
rifampin12

S

SEROMYCIN.....12
SPORANOX13
stavudine14
sulfadiazine12
sulfamethoxazole-tmp ds.....12
sulfamethoxazole-trimethoprim12
SUSTIVA.....14

T

terbinafine hcl13
TRECATOR.....12

V

valganciclovir hcl13
VIDEX15
voriconazole13

Z

ZIAGEN.....15
zidovudine..... 14, 15

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR

[Handwritten signature]

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ASES
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389



PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO

Lista de Medicamentos por Excepción (LME) | 2022



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-6 Receptor Inhibitors	Kevzara Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 200 MG/1.14ML	Y
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY	Interleukin-6 Receptor Inhibitors	Kevzara Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 150 MG/1.14ML	Y
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY	Interleukin-6 Receptor Inhibitors	Kevzara Subcutaneous Solution Auto-injector 150 MG/1.14ML	Y
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY	Interleukin-6 Receptor Inhibitors	Kevzara Subcutaneous Solution Auto-injector 200 MG/1.14ML	Y
ANTHELMINTICS	ANTHELMINTICS	Albenza Oral Tablet 200 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

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

23 - 0045

Contrato Número

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [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	Aprepitant Oral Capsule 40 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	Y
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 - 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	Xtandi Oral Tablet 40 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic - Hormonal and Related Agents	Xtandi Oral Tablet 80 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic - Hormonal and Related Agents	Lysodren Oral Tablet 500 MG	Y


**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**
 **Nº 23 - 0045**

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 - Hormonal and Related Agents	Fareston Oral Tablet 60 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Votrient Oral Tablet 200 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Lapatinib Oral Tablet 250 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Tarceva Oral Tablet 25 MG	Y
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	Tasigna Oral Capsule 50 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Tasigna Oral Capsule 150 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Tasigna Oral Capsule 200 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	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 70 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Imbruvica Oral Capsule 140 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Imbruvica Oral Tablet 140 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Imbruvica Oral Tablet 280 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Imbruvica Oral Tablet 420 MG	Y

EMR

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [Pre- autorización] Y=Yes
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Imbruvica Oral Tablet 560 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Zelboraf Oral Tablet 240 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
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sprycel Oral Tablet 70 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sprycel Oral Tablet 20 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sprycel Oral Tablet 50 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sprycel Oral Tablet 100 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sprycel Oral Tablet 80 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Sprycel Oral Tablet 140 MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Nerlynx Oral Tablet 40 MG	Y
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	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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [Pre- autorización] Y=Yes
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS	Dibenzapines	Clozapine Oral Tablet 25 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Adefovir Dipivoxil Oral Tablet 10 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Baraclude Oral Tablet 0.5 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Baraclude Oral Tablet 1 MG	Y
ANTIVIRALS	Antiretrovirals	Tenofovir Disoproxil Fumarate Oral Tablet 300 MG	Y
CORTICOSTEROIDS	Glucocorticosteroids	Entocort EC Oral Capsule Delayed Release Particles 3 MG	Y
CORTICOSTEROIDS	Glucocorticosteroids	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	Tymlos Subcutaneous Solution Pen-injector 3120 MCG/1.56ML	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
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Hormone Receptor Modulators	Raloxifene HCl Oral Tablet 60 MG	Y

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**
Nº 23 - 0045
Contrato Número

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre-authorization [Pre-autorización] Y=Yes
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
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Metabolic Modifiers	Sapropterin Dihydrochloride Oral Tablet Soluble 100 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Metabolic Modifiers	Sapropterin Dihydrochloride Oral Packet 100 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Metabolic Modifiers	Sapropterin Dihydrochloride Oral Packet 500 MG	Y
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.	Inflammatory Bowel Agents	Entyvio Intravenous Solution Reconstituted 300 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	Novoseven RT® IV Sol. Reconstituted 1 mg	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Novoseven RT® IV Sol. Reconstituted 2 mg	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Novoseven RT® IV Sol. Reconstituted 5 mg	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Novoseven RT® IV Sol. Reconstituted 8 mg	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Bradykinin B2 Receptor Antagonists	Icatibant Acetate Subcutaneous Solution 30 MG/3ML	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Platelet Aggregation Inhibitors	Prasugrel Oral Tablet 5 MG	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Platelet Aggregation Inhibitors	Prasugrel Oral Tablet 10 MG	Y
HEMATOPOIETIC AGENTS	Hematopoietic Growth Factors	Promacta Oral Packet 12.5 MG	Y

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

EMR Nº 23 - 0045

Contrato Número

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [Pre- autorización] Y=Yes
HEMATOPOIETIC AGENTS	Hematopoietic Growth Factors	Promacta Oral Tablet 25 MG	Y
HEMATOPOIETIC AGENTS	Hematopoietic Growth Factors	Promacta Oral Tablet 50 MG	Y
HEMATOPOIETIC AGENTS	Hematopoietic Growth Factors	Promacta Oral Tablet 75 MG	Y
HEMATOPOIETIC AGENTS	Hematopoietic Growth Factors	Promacta Oral Tablet 12.5 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	Immunosuppressive Agents	Zortress Oral Tablet 1 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	Lumigan Ophthalmic Solution 0.01 %	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard S/D Intravenous Solution Reconstituted 5 GM	Y
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

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
№ 23 - 0045
Contrato Número

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [Pre- autorización] Y=Yes
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
RESPIRATORY AGENTS - MISC.	Cystic Fibrosis Agents	Pulmozyme Inhalation Solution 1 MG/ML	Y
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Tetracycline HCl Oral Capsule 250 MG	Y
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Tetracycline HCl Oral Capsule 500 MG	Y
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Demeclocycline HCl Oral Tablet 150 MG	Y
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Demeclocycline HCl Oral Tablet 300 MG	Y

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0045

Contrato Número



A B ▲ R C A

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [Pre- autorización] Y=Yes
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Declomycin Oral Tablet 300 MG	Y
VASOPRESSORS	Anaphylaxis Therapy Agents	Epinephrine Injection Solution Auto-injector 0.15 MG/0.3ML	Y
VASOPRESSORS	Anaphylaxis Therapy Agents	Epinephrine Injection Solution Auto-injector 0.15 MG/0.15ML	Y
VASOPRESSORS	Anaphylaxis Therapy Agents	Epinephrine Injection Solution Auto-injector 0.3 MG/0.3ML	Y

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0045

Contrato Número

EMR
[Signature]