

ATTACHMENT 5

MASTER FORMULARY



RR



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Anejo 5
master
Formulary

Dental

Nº 23 - 0047

2022

Contrato Número

dicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A



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 - 0047

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 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 - 0047

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 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.

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

Página 4 de 12

Nº 23 - 0047

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 - 0047

Página 5 de 12

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 (Nsaid) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] | 9 |
| Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración] | 9 |
| ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] | 9 |
| First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] | 9 |
| Macrolides [Macrólidos]..... | 9 |
| Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] | 10 |
| Penicillins [Penicilinas]..... | 10 |
| ANTISEPTIC [ANTISEPTICO]..... | 10 |

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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 [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

№ 23 - 0047

Página 7 de 12

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 - 0047

Contrato Número



№ 23 - 0047

DENTAL

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 (Nsaid) [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

Nº 23 - 0047

Contrato Número

A

acetaminophen-codeine..... 9
 acetaminophen-codeine #3 9
 amoxicillin10
 ampicillin10

C

cefadroxil..... 9
 cephalexin..... 9
 chlorhexidine gluconate10
 clindamycin hcl10

E

E.E.S. GRANULES10
 ERYPED 200.....10
 ERYPED 400.....10
 ERY-TAB 9

ERYTHROCIN STEARATE..... 9
 erythromycin base..... 9
 erythromycin ethylsuccinate 9

H

hydrocodone-acetaminophen 9

I

ibuprofen..... 9

N

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

P

penicillin v potassium10



**ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0047

Contrato Número

AS

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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





Handwritten signature



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número

Emergencia Integrado (FEI)

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B ▲ R C A





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 - 0047

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 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 - 0047

Página 3 de 41

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 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.

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

Página 4 de 41

Nº 23 - 0047

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 - 0047

Contrato Número



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 (Nsaid) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] 13

 Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]..... 13

ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] 14

 Local Anesthetics [Anestésicos Locales]..... 14

ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD] 14

 Benzodiazepines [Benzodiazepinas]..... 14

 Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]..... 14

ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] 14

 First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] 14

 Macrolides [Macrólidos]..... 14

 Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] 15

 Penicillins [Penicilinas] 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

№ 23 - 0047

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

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 [ANTIPSICÓTICOS] 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

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 |

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 Musculoesqueléticos] | 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 |

AP

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 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 | QL = 5 días |
| <i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i> | 1 | Non-Preferred | INDOCIN | QL = 5 días |
| <i>nebupetone 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

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.

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

Página 13 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

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]

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>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 |
| <i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i> | 1 | Preferred | FLAGYL | QL = 5 días |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i> | 1 | Preferred | MACRODANTIN | QL = 5 días |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i> | 2 | Preferred | MACRODANTIN | QL = 5 días |
| <i>nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML</i> | 6 | Non-Preferred | FURADANTIN | |
| <i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i> | 2 | Preferred | MACROBID | QL = 5 días |

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

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

Página 16 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

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>cefactor 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 - 0047

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

Página 18 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

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>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

Página 19 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

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] |
|--|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| 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

Página 20 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

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] |
|--|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| 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] | | | | |
| glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab | 1 | Preferred | AMARYL | QL = 5 días |
| glipizide 10 mg tab, 5 mg tab | 1 | Preferred | GLUCOTROL | QL = 5 días |
| 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

Página 21 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

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

Página 22 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

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] |
|---|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| 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

№ 23 - 0047

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 - 0047

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

Página 25 de 41
Revisado: 03/17/2022

№ 23 - 0047

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>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]

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 [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 #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 27 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

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] |
|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| 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 |
| <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]

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>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i> | 2 | Preferred | HEPARIN | QL = 5 días |
| <i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i> | 3 | Preferred | HEPARIN | QL = 5 días |
| <i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i> | 3 | Preferred | HEPARIN | QL = 5 días |
| <i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i> | 8 | Preferred | HEPARIN | QL = 5 días |
| Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides] | | | | |
| 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] | | | | |
| <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 |

• 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 - 0047

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>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 |
| 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>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 |

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

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites] |
|--|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| <i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i> | 1 | Preferred | IMDUR | QL = 5 días |
| NITROSTAT 0.3 mg tab subl, 0.4 mg tab subl, 0.6 mg tab subl | 1 | Preferred | | QL = 5 días |
| 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

Página 31 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

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] |
|---|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| 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 | PROPYLTHIOURA CIL | 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 32 de 41
Revisado: 03/17/2022

№ 23 - 0047

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] |
|--|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| 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 [Inmunoglobulinas] | | | | |
| <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]

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 INTESTINAL] | | | | |
| 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 OPTÁLMICOS] | | | | |
| 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 - 0047

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 | TOBEX | 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 - 0047

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 pwr, 250 mcg/blist inh aer pwr, 50 mcg/blist inh aer pwr | 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

Página 36 de 41
Revisado: 03/17/2022

№ 23 - 0047

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] |
|--|-----------------------|-------------|---------------------------------------|---|
| 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

Página 37 de 41
Revisado: 03/17/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

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>methyldopa</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 |

ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

Página 39 de 41

Nº 23 - 0047

Contrato Número

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 | | TRECTOR..... | 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 - 0047

Contrato Número

RR

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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





AP



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Nefrología

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A





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 - 0047

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 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 - 0047

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 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 - 0047

Página 4 de 26

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 - 0047

Página 5 de 26

Contrato Número



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 - 0047

Contrato Número

| | |
|---|----|
| 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 |



**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0047

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] | | | | |
| <i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i> | 1 | Non-Preferred | INDOCIN | |
| <i>indomethacin er 75 mg cap er</i> | 2 | Non-Preferred | INDOCIN | |
| 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 | | KEFLEX | |
| <i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i> | 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 - 0047

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 - 0047

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] | | | | |
| <i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i> | 1 | Non-Preferred | INDOCIN | |
| 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 | | KEFLEX | |
| <i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i> | 3 | Non-Preferred | DURICEF | AL ≤ 12 años |
| 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 | |
| <i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i> | 3 | Preferred | | |
| <i>XI ycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i> | 3 | Preferred | ERY-TAB | |
| <i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i> | 3 | Preferred | E.E.S. | |
| <i>ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab</i> | 4 | Non-Preferred | | |
| <i>E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp</i> | 5 | Preferred | | |

NEFROLOGIA

| 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 | |

| 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>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i> | 2 | Preferred | CECLOR | |
| <i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i> | 2 | Preferred | CEFZIL | |
| 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] | | | | |
| pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab | 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 |

| 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 - 0047

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 | |

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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 |

| 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 | |

ADMINISTRACION DE
 SERVICIOS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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

№ 23 - 0047

Página 21 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] |
|---|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| <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 | |

| 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 - 0047

Contrato Número

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

K

kalexate23

L

LANTUS14
 LANTUS SOLOSTAR.....14
levofloxacin12
lisinopril15
lisinopril-hydrochlorothiazide15
losartan potassium.....15
losartan potassium-hctz15

M

MEDROL21
megestrol acetate19, 20
metformin hcl.....13
metformin hcl er13
methylprednisolone.....21, 22
methylprednisolone (pak)22
metoclopramide hcl.....15
metolazone18
metoprolol succinate er16, 17
metoprolol tartrate.....17
metoprolol-hydrochlorothiazide.....17
mycophenolate mofetil22
mycophenolic acid22

N

nifedipine er osmotic.....16

P

penicillin g procaine12
penicillin v potassium12
pioglitazone hcl.....14

potassium chloride..... 22, 23
potassium chloride crys er.....23
potassium chloride er.....23
pravastatin sodium20
prednisolone.....22
prednisone.....22
prednisone (pak).....22
 PROCRIIT18, 19
propranolol hcl.....17

R

RAPAMUNE22
 RETACRIT19

S

sevelamer20
simvastatin.....20
sirolimus.....22
sodium polystyrene sulfonate23
 STIMATE21
sulfamethoxazole-tmp ds.....13
sulfamethoxazole-trimethoprim13
 SYNJARDY14
 SYNJARDY XR.....14

T

tacrolimus22
tamsulosin hcl18
terazosin hcl15
 TRADJENTA13
 TRIJARDY XR.....15

V

verapamil hcl16
verapamil hcl er.....16

RP

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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



ASES Vital
Salud en sus manos
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Handwritten initials in blue ink.



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Oncología

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B A R C A





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 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 - 0047

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 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 - 0047

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

№ 23 - 0047

Página 4 de 29

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 - 0047

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 |

| | |
|--|-----------|
| 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 |

AP

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Página 8 de 29

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 [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 | 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 - 0047

Página 9 de 29

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 - 0047

| 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]

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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]

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Página 12 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

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 | |
| <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 | REVia | |
| 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 13 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 14 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

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 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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 15 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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] | | | | |
| NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln | 10 | Preferred | | PA, P |
| NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln | 12 | Preferred | | PA, P |
| NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln | 12 | Preferred | | PA, P |
| 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 |

• 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 17 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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 23-0047

Contrato Número

| 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]

ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

Página 19 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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]

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

| 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]

ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

Página 21 de 29
Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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 Progestina] | | | | |
| <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]

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Página 22 de 29
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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 |

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número

Página 23 de 29

Revisado 01/01/2022

• 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] |
|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| 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 | |
| CARAFATE 1 gm/10ml susp | 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 |

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

• 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]

Nº 23 - 0047

Contrato Número
Página 24 de 29

Revisado 01/01/2022

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|--|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| omeprazole 40 mg cap dr | 1 | Preferred | PRILOSEC | QL=180 caps/ 365 días |
| HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] | | | | |
| Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] | | | | |
| fludrocortisone acetate 0.1 mg tab | 1 | Preferred | FLORINEF | |
| IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] | | | | |
| Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina] | | | | |
| cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap | 3 | Preferred | NEORAL | PA |
| cyclosporine 25 mg cap | 4 | Preferred | SANDIMMUNE | PA |
| cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln | 4 | Preferred | NEORAL | PA |
| cyclosporine 100 mg cap | 5 | Preferred | SANDIMMUNE | PA |
| cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap | 6 | Preferred | SANDIMMUNE | PA |
| 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 | |
| MEDROL 2 mg tab | 1 | Preferred | | |
| methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab | 1 | Preferred | MEDROL | |
| methylprednisolone (pak) 4 mg tab | 1 | Preferred | MEDROL | |
| prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr | 1 | Preferred | PRELONE | |
| prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab | 1 | Preferred | DELTASONE | |

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

• 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]

Nº 23 - 0047

Contrato Número
Página 25 de 29

Revisado 01/01/2022

| 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 | |

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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]

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..... | 21 |
| ELIGARD..... | 21 |
| 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>flurouracil</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</i> | 13 |
| <i>lisdexamfetamine</i> | 19, 20 |
| <i>lomustine</i> | 19, 20 |
| LUPRON DEPOT..... | 23 |
| LUPRON DEPOT-PED..... | 23 |

ADMINISTRACION DE
SEGURIDAD DE SALUD

Nº 23 - 0047

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 - 0047

Contrato Número

RP

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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



ASES *vital*
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO Salud en los hogares
GOBIERNO DE PUERTO RICO



ObGyn

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B A R C A



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047



Contrato Número



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



PO Box 195661, San Juan, PR 00919-5661 Tel: 787.474.3300 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:**

- 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.

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 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.

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.



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 |
| ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD] | 11 |
| Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos] | 11 |
| ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] | 11 |
| First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] | 11 |
| Macrolides [Macrólidos] | 11 |
| Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] | 12 |
| Penicillins [Penicilinas] | 12 |
| Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación] | 13 |
| Sulfonamides [Sulfonamidas] | 13 |
| Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación] | 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 |

| | |
|--|----|
| 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-Antimalaríacos] | 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 |

| | |
|--|----|
| 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 |

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 [ANALGÉSICOS] | | | | |
| 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:

| | | |
|----|-------------------|-----------------------------------|
| 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.

| 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] | | | | |
| Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides 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 pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i> | 2 | Preferred | ZITHROMAX | |
| <i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i> | 3 | Preferred | | |
| <i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i> | 3 | Preferred | ERY-TAB | |

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

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|---|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| <i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i> | 3 | Preferred | E.E.S. | |
| ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab | 4 | Non-Preferred | | |
| E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp | 5 | Preferred | | |
| ERYPED 200 200 mg/5ml susp | 5 | Preferred | | |
| ERYPED 400 400 mg/5ml susp | 6 | Preferred | | |
| 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 - 0047

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>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i> | 2 | Preferred | CECLOR | |
| <i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i> | 2 | Preferred | CEFZIL | |
| 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 o Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|---|-------------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab | 1 | Preferred | SEPTRA | |
| Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación] | | | | |
| cefдинир 125 mg/5ml susp, 300 mg cap | 2 | Preferred | OMNICEF | |
| cefдинир 250 mg/5ml susp | 3 | Preferred | OMNICEF | |
| ceftriaxone 250 mg IM | 1 | Preferred | ROCEPHIN | Cubierto para las clínicas de CLETS |
| Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales] | | | | |
| metronidazole 0.75 % vag gel | 2 | Preferred | METROGEL | |
| clindamycin phosphate 2 % vag crm | 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] | | | | |
| <i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i> | 1 | Preferred | REGLAN | |
| <i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i> | 1 | Preferred | TIGAN | |
| 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 | |
| ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS] | | | | |
| Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos] | | | | |
| <i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i> | 1 | Preferred | ALDOMET | |
| 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 | |

• 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]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Página 16 de 30
Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo o 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 | | | | |
| TRECATOR 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-Antimalaríacos] | | | | |
| <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]

| 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

Página 18 de 30
 Revisado: 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo o 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 (crm) |

• 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] |
|---|-------------------------|---------------|---------------------------------------|---|
| <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 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]

| 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 - 0047

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 | |
| <i>KENALOG 40 mg/ml inj susp</i> | 5 | Non-Preferred | | |
| Immune Globulins [Immunoglobulinas] | | | | |
| <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]

| 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</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, 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]

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo 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]

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



• 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 - 0047

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 & aced</i>.....21</p> <p>BICILLIN L-A13</p> <p><i>budesonide</i>24</p> <p>C</p> <p>CARAFATE.....20</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>CRYSSELLE-28.....21</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>DEXFERRUM.....19</p> | <p>E</p> <p>E.E.S. GRANULES12</p> <p>ELINEST21</p> <p>ERYPED 200.....12</p> <p>ERYPED 400.....12</p> <p>ERY-TAB11</p> <p>ERYTHROCIN STEARATE.....12</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 HFA.....24</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>HUMALOG.....15</p> <p>HUMALOG MIX 50/5014</p> <p>HUMALOG MIX 75/2514</p> <p>HUMULIN 70/30.....14</p> <p>HUMULIN N.....14</p> <p>HUMULIN R.....15</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]

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

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 - 0047

Contrato Número

AS

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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

 **ASES** Vital
GOBIERNO DE PUERTO RICO



RP



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Salud Física

Nº 23 - 0047

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A





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 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 - 0047

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 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 - 0047

Página 3 de 77

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

№ 23 - 0047

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 - 0047



Handwritten signature in blue ink.



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Salud Física

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A



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 Opiodes de Larga Duración]..... | 18 |
| Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes 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 |
| ANTI-ANXIETY 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 - 0047

| | |
|--|----|
| 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 - 0047

| | |
|---|----|
| 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-Antimalaríricos]..... | 35 |
| ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS] | 35 |
| Anthelmintics [Antihelmínticos] | 35 |
| ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] | 36 |
| Anticholinergics [Anticolinérgicos]..... | 36 |
| Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]..... | 36 |

| | |
|--|----|
| 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-Influenza] | 37 |
| Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus] | 37 |
| Anti-hepatitis B (hvb) 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 |

| | |
|--|-----------|
| 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 [Antineoplásicos 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 [Antineoplásicos 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 |

| | |
|---|-----------|
| 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 |

| | |
|--|----|
| 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 |

| | |
|--|----|
| 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 |

| | |
|---|----|
| 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 |

SP

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] | 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 | |
| <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:

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0047

Contrato Número

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 - 0047

Página 17 de 77
Revisado 02/04/2022

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 (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 | ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD |
| <i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i> | 4 | Preferred | DURAGESIC | 123 - 0047 |
| <i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i> | 4 | Preferred | MORPHINE | Contrato Número |
| <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]

| 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]

SALUD FISICA

| 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]

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 - 0047 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 | ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD |
| BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp | 4 | Preferred | | Nº 23 - 0047 |
| BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp | 5 | Preferred | | Contrato Número |
| 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>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i> | 2 | Preferred | CECLOR | |
| <i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i> | 2 | Preferred | CEFZIL | |
| 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 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>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]

SALUD FISICA

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites] |
|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| <i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i> | 1 | Preferred | KEPPRA | |
| <i>levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg</i> | 3 | Non-Preferred | KEPPRA XR | |
| <i>oxcarbazepine 150 mg tab</i> | 1 | Preferred | TRILEPTAL | |
| <i>phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab</i> | 1 | Preferred | PHENOBARBITAL | ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD , Nº 23 - 0047 |
| <i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i> | 1 | Preferred | MYSOLINE | Contrato Número |
| <i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i> | 1 | Preferred | TOPAMAX | |
| <i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml syr</i> | 1 | Preferred | DEPAKENE | |
| <i>zonisamide 50 mg cap</i> | 1 | Preferred | ZONEGRAN | |
| <i>DILANTIN 30 mg cap</i> | 2 | Preferred | | |
| <i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i> | 2 | Preferred | NEURONTIN | |
| <i>levetiracetam 100 mg/ml soln, 1000 mg tab, 750 mg tab</i> | 2 | Preferred | KEPPRA | |
| <i>oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab</i> | 2 | Preferred | TRILEPTAL | |
| <i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i> | 2 | Preferred | DILANTIN | |
| <i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i> | 2 | Preferred | DILANTIN | |
| <i>zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap</i> | 2 | Preferred | ZONEGRAN | |
| <i>carbamazepine er 200 mg tab er 12 hr</i> | 3 | Preferred | TEGRETOL | |
| <i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln</i> | 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]

SALUD FISICA

| 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 | ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD |
| <i>carbamazepine er 400 mg tab er 12 hr</i> | 4 | Preferred | TEGRETOL | 223-0047 |
| <i>oxcarbazepine 300 mg/5ml susp</i> | 4 | Preferred | TRILEPTAL | Contrato Número |
| 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]



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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 |

Handwritten signature or initials in blue ink.

• 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] |
|---|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| 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]



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]



SALUD FISICA

Contrato Número

| 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]



№ 23 - 0047

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]



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>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i> | 1 | Preferred | TOPROL XL | |
| <i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i> | 1 | Preferred | LOPRESSOR | |
| <i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i> | 2 | Non-Preferred | TOPROL XL | |
| Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] | | | | |
| <i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i> | 1 | Preferred | TENORETIC | |
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i> | 2 | Non-Preferred | LOPRESSOR HCT | |
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i> | 3 | Non-Preferred | LOPRESSOR HCT | |
| Loop Diuretics [Diuréticos del Asa] | | | | |
| <i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i> | 1 | Non-Preferred | BUMEX | |
| <i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i> | 1 | Preferred | LASIX | |
| 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 | Non-Preferred | INDERAL | |
| Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio] | | | | |
| <i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i> | 1 | Preferred | ALDACTONE | |
| <i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i> | 1 | Preferred | MAXZIDE | |

• 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] |
|---|-----------------------|---------------|---------------------------------------|---|
| 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 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

Contrato Número

| 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 | | | | |
| TRECATOR 250 mg tab | | | | |
| CAPASTAT 1 gm inj | | | | |
| 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 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] |
|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| 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 | |
| nystatin 100000 unit/gm crm | 1 | Preferred | MYCOSTATIN | |
| terbinafine hcl 250 mg tab | 1 | Preferred | LAMISIL | |
| fluconazole 40 mg/ml susp | 2 | Preferred | DIFLUCAN | |
| itraconazole 100 mg cap | | Preferred | SPORANOX | VIH/SIDA |
| Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales] | | | | |
| terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm | 2 | Preferred | TERAZOL | |
| Antimalarials [Antimaláricos] | | | | |
| chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab | 1 | Preferred | ARALEN | |
| hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab | 1 | Preferred | PLAQUENIL | |
| DARAPRIM 25 mg tab | 19 | Non-Preferred | | PA |
| Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráticos] | | | | |
| pentamidine isethionate 300 mg inh soln | 4 | Non-Preferred | NEBUPENT | PA |
| ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS] | | | | |
| 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 |
| ivermectin 3 mg tab | 1 | Preferred | STROMECTOL | |
| tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab | 1 | Preferred | TINDAMAX | |

• 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] |
|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| 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 | |
| <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 | |
| <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]

| 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-Infuenza] | | | | |
| oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap, 6 mg/ml susp | 4 | Preferred | TAMIFLU | |
| Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus] | | | | |
| valganciclovir hcl 450 mg tab | 13 | Non-Preferred | VALCYTE | PA |
| Anti-hepatitis B (hbv) 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 | PA |
| acyclovir 5% ointment | 1 | Preferred | ZOVIRAX | Cubierto para las clínicas de CLETS |
| valacyclovir 500 mg tab, 1000 mg tab | 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]

Contrato Número

SALUD FISICA

| 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 INMUNOLOGÍA |
| 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 INMUNOLOGÍA |
| 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 | |

SALUD FISICA

| 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 IMMUNOLOGÍA |
| 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]

№ 23 - 0047



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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]

| 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 | | PA, C |
| PROCRT 20000 unit/ml inj soln | 9 | Preferred | | PA, C |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln | 11 | Preferred | | PA, C |
| PROCRT 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 |

• 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] |
|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| 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 |
| <i>INFED 50 mg/ml inj soln</i> | 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 | |

• 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] |
|---|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| 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 | |

Nº 23 - 0047

Contrato Número



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 | |
| NITROSTAT 0.3 mg tab sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub | 1 | Preferred | | |
| 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]

Contrato Número

SALUD FISICA

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites] |
|---|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| glatiramer 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] | | | | |
| lomustine 10 mg cap | 3 | Non-Preferred | CEENU | |
| ALKERAN 2 mg tab | 4 | Non-Preferred | | |
| temozolomide 5 mg cap | 4 | Non-Preferred | TEMODAR | PA |
| lomustine 40 mg cap | 5 | Non-Preferred | CEENU | |
| LEUKERAN 2 mg tab | 6 | Non-Preferred | | |
| lomustine 100 mg cap | 6 | Non-Preferred | CEENU | |
| MYLERAN 2 mg tab | 7 | Non-Preferred | | |
| temozolomide 20 mg cap | 9 | Non-Preferred | TEMODAR | PA |
| temozolomide 250 mg cap | 11 | Non-Preferred | TEMODAR | PA |
| temozolomide 140 mg cap | 13 | Non-Preferred | TEMODAR | PA |
| temozolomide 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 [Antiéstrógenos] | | | | |
| 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 | |

• 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] |
|--|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| 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 [Antineoplásicos 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 | | PA, C |
| IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap | 25 | Preferred | | 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]

Contrato Número

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 | | PA, C |
| LUPRON DEPOT 45 mg im kit | 6 | Preferred | | PA, C |
| LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 7.5 mg im kit | 6 | Preferred | | PA, C |

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

Nº 23 - 0047



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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]

Contrato Número

SALUD FISICA

| 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 | |

• 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

SALUD FISICA

| 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]

№ 23 - 0047

Contrato Número



SALUD FISICA

| 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 pkt, 4 gm/dose oral pwr</i> | 3 | Preferred | QUESTRAN | |
| <i>cholestyramine light 4 gm pkt, 4 gm/dose oral pwr</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 | |

• 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] |
|---|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| 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 | |

№ 23 - 0047



Contrato Número

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 pkt, 2.4 gm pkt</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 Antitrombóticos] | | | | |
| 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 | | PA |
| KOGENATE FS 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit | 25 | Preferred | | PA, C |

• 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]

Nº 23 - 0047

Contrato Número



SALUD FISICA

| 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 | | 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 650 mg tab, 1000 mg/ ml IV soln</i> | 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 100 mg/ml IV soln</i> | | 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]

Nº 23 - 0047



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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>CRYSSELLE-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]

Nº 23 - 0047



Contrato Número

| 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 | | 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]

Nº 23 - 0047



Contrato Número

| 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 | | |
| 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]

№ 23 - 0047



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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 | | 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]

Nº 23 - 0047



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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]

№ 23 - 0047



Contrato Número

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 | | 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 | | 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]

| 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]

Nº 23 - 0047



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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 Musculoesqueletales] | | | | |
| <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]

№ 23 - 0047



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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 [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]

Nº 23 - 0047

Contrato Número



SALUD FISICA

| 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 susp</i> | 2 | Preferred | CORTISPORIN | |
| <i>cipro hc 0.2-1 % otic susp</i> | 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 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]

Nº 23 - 0047



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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 |

• 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

SALUD FISICA

| 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 |
| <i>Wixela</i> 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 |
| <i>ADVAIR</i> 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 |
| <i>FLOVENT</i> HFA 220 mcg/act inh aer | 4 | Preferred | | QL= 1 pompa / 30 días, C |
| <i>ADVAIR</i> HFA 230-21 mcg/act inh aer | 5 | Preferred | | QL= 1 pompa / 30 días, ST, C |
| Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies] | | | | |
| <i>FASENRA</i> subq soln 30 mg/mL prefilled syringe, 30 mg/mL auto injector | 12 | Preferred | | PA, C |
| <i>DUPIXENT</i> 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]

№ 23 - 0047



Contrato Número

SALUD FISICA

| 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 pwrdr 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]

Nº 23 - 0047

Contrato Número



SALUD FISICA

| 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] | | | | |
| <i>methotrexate 2.5 mg tab</i> | 2 | Preferred | METHOTREXATE | |

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

Nº 23 - 0047



Contrato Número

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 |

• 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 |
| cefactor | 23 |
| cefadroxil | 21 |
| cefдинir | 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 |

Nº 23 - 0047

Contrato Número



SALUD FISICA

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

Contrato Número

SALUD FISICA

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

N

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

O

| | |
|--------------------|----|
| OCREVUS | 45 |
| octreotide acetate | 57 |
| ofloxacin | 65 |
| omeprazole | 53 |
| ondansetron | 29 |
| ondansetron hcl | 29 |

| | |
|-------------------------|--------|
| ORENCIA | 69 |
| oseltamivir phosphate | 37 |
| oxcarbazepine | 25, 26 |
| oxybutynin chloride | 54 |
| oxycodone-acetaminophen | 19 |

P

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

Q

| | |
|------------------------|----|
| quinidine gluconate er | 43 |
| quinidine sulfate | 43 |
| quinidine sulfate er | 43 |

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047



SALUD FISICA

| X | Contrato Número | | Z | |
|------------|-----------------|----|------------|----|
| XELJANZ | | 69 | zidovudine | 38 |
| XELJANZ XR | | 69 | ZIEXTENZO | 40 |
| | | | ZOLADEX | 49 |
| | | | zonisamide | 25 |

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número



A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and flourishes, located on the left side of the page.

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?

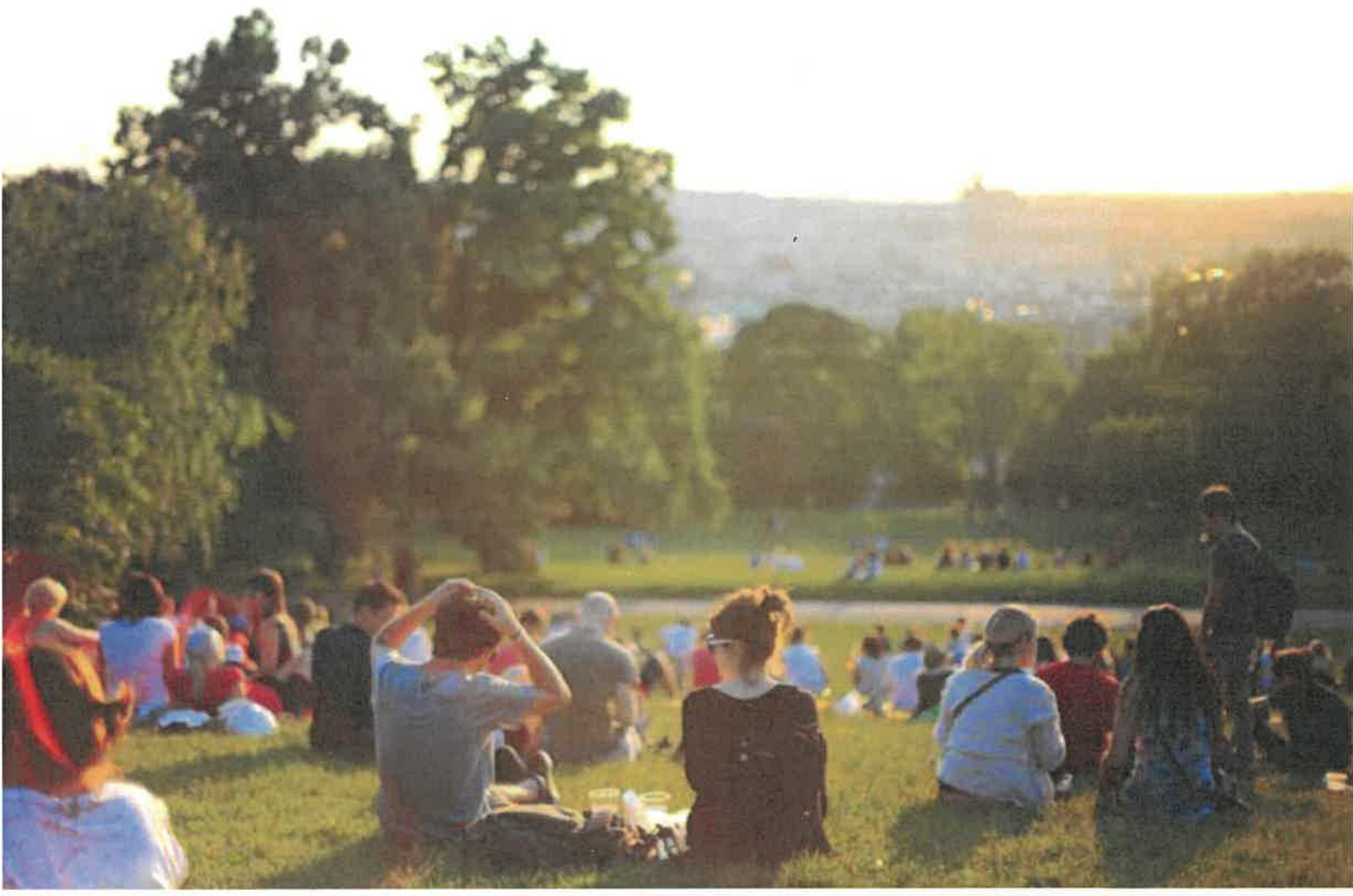


ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



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

A rounded rectangular box containing the text "¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?" at the top. Below this is the ASES logo, followed by "ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO". At the bottom left is a red phone icon, and to its right is the text "Línea libre de cargos", "1-800-981-2737", and "TTY 787-474-3389".



Handwritten signature in blue ink.



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Salud Mental

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A



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 - 0047

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:**

- 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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

№ 23 - 0047

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 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.

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 - 0047

Contrato Número



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 [ANTIPSICÓTICOS]..... 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 - 0047

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] | | | | |
| ANTI-ADDICTION AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADDICCIÓN] | | | | |
| 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.

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 | Más costoso mensualmente |
| 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 | |



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.



SALUD MENTAL

Nº 23 - 0047

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-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 |
| 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]



Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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]



SALUD MENTAL

Nº 23 - 0047

Contrato Número

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

- PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa]
- QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]
- P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • 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>risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab</i> | 1 | Preferred | RISPERDAL | |
| <i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i> | 2 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>risperidone 1 mg/ml soln</i> | 2 | Preferred | RISPERDAL | |
| <i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i> | 3 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>LATUDA 120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab</i> | 4 | Preferred | PA | PA, P |
| <i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i> | 4 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i> | 5 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i> | 6 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>aripiprazole 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i> | 7 | Non-Preferred | ABILIFY | PA |
| <i>aripiprazole 1 mg/ml soln</i> | 10 | Non-Preferred | ABILIFY | PA |
| Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación] | | | | |
| <i>fluphenazine hcl 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i> | 1 | Preferred | PROLIXIN | |
| <i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 2 mg/ml oral conc</i> | 1 | Preferred | HALDOL | |
| <i>thioridazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i> | 1 | Preferred | MELLARIL | |
| <i>thiothixene 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i> | 1 | Preferred | NAVANE | |
| <i>trifluoperazine hcl 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i> | 2 | Preferred | STELAZINE | |
| <i>chlorpromazine hcl 25 mg tab</i> | 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]

| 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]



SALUD MENTAL

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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 | |
| <i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i> | 2 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>risperidone 1 mg/ml soln</i> | 2 | Preferred | RISPERDAL | |
| <i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i> | 3 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i> | 4 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i> | 5 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i> | 6 | Preferred | SEROQUEL | |
| <i>aripiprazole 10 mg tab, 15 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i> | 7 | Non-Preferred | ABILIFY | PA |
| <i>aripiprazole 1 mg/ml soln</i> | 10 | Non-Preferred | ABILIFY | PA |
| PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES] | | | | |
| ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD] | | | | |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab</i> | 2 | Preferred | ADDERALL | 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 | AL 4-20 años |
| <i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab</i> | 3 | Preferred | DEXEDRINE | AL 6-20 años |
| <i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24 hr, 10 mg cap er 24 hr</i> | 4 | Non-Preferred | DEXEDRINE SR | ST PA≥21 AL 6-20 años |
| <i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr</i> | 5 | Non-Preferred | DEXEDRINE SR | ST PA≥21 AL 4-20 años |
| <i>DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL</i> | 4 | Non-Preferred | DYANAVEL XR | PA, AL 6-20 años |

- PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa]
- QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 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]

Contrato Número

| 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]

Contrato Número

A

| | |
|-------------------------------------|--------|
| amitriptyline hcl..... | 11 |
| amphetamine-dextroamphetamine | 14 |
| aripiprazole..... | 12, 14 |
| atomoxetine..... | 15 |

B

| | |
|------------------------------|----|
| b-1..... | 9 |
| benztropine mesylate..... | 11 |
| buprenorphine hcl..... | 9 |
| buprenorphine/naloxone | 9 |
| bupropion hcl..... | 10 |
| bupropion hcl er (sr)..... | 10 |
| bupropion hcl er (xl) | 10 |

C

| | |
|-------------------------------|--------|
| chlorpromazine hcl..... | 12, 13 |
| citalopram hydrobromide | 10 |
| clonazepam | 9 |
| clonidine hcl..... | 9, 15 |

D

| | |
|-----------------------------------|--------|
| dexmethylphenidate hcl..... | 15 |
| dextroamphetamine sulfate | 14 |
| dextroamphetamine sulfate er..... | 14 |
| diazepam | 9 |
| DIAZEPAM INTENSOL..... | 9 |
| divalproex sodium | 13 |
| doxepin hcl..... | 11, 15 |
| DYANAVEL XR..... | 14 |

E

| | |
|--------------------|----|
| escitalopram | 10 |
|--------------------|----|

F

| | |
|------------------------|----|
| fluoxetine hcl..... | 10 |
| fluphenazine hcl | 12 |
| flurazepam hcl..... | 15 |
| folic acid | 9 |

H

| | |
|----------------------------|--------|
| haloperidol | 12, 13 |
| haloperidol decanoate..... | 13 |
| hydroxyzine pamoate..... | 9 |

I

| | |
|----------------------|----|
| ibuprofen..... | 9 |
| imipramine hcl | 11 |

L

| | |
|---------------------------|----|
| lamotrigine | 13 |
| lamotrigine chew tab..... | 13 |
| LATUDA..... | 12 |
| lithium carbonate..... | 13 |
| lithium carbonate er..... | 13 |
| loperamide hcl | 9 |
| lorazepam | 9 |

M

| | |
|----------------------------------|----|
| methylphenidate hcl..... | 15 |
| methylphenidate hcl ER (CD)..... | 15 |
| methylphenidate soln | 15 |
| mirtazapine | 10 |

N

| | |
|-------------------------|----|
| nortriptyline hcl | 11 |
|-------------------------|----|

O

| | |
|------------------|--------|
| olanzapine | 11, 13 |
|------------------|--------|

P

| | |
|---------------------|----|
| paroxetine hcl..... | 10 |
|---------------------|----|

Q

| | |
|---------------------------|----------------|
| quetiapine fumarate | 11, 12, 13, 14 |
|---------------------------|----------------|

R

| | |
|------------------|------------|
| risperidone..... | 12, 13, 14 |
|------------------|------------|

S

| | |
|---------------------------------------|----|
| sertraline hcl | 10 |
| sertraline hcl oral concentrate | 10 |

T

| | |
|-----------------------|--------|
| temazepam..... | 15 |
| thioridazine hcl..... | 12, 13 |
| thiothixene | 12, 13 |
| trazodone hcl..... | 10 |

V

valproic acid.....14
venlafaxine hcl.....11
venlafaxine hcl er.....11

Z

zolpidem tartrate.....15

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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





Handwritten signature in blue ink.



Sub-Formulario de Salud Física

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD ;



Nº 23 - 0047



Contrato Número

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



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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número



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 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:**

- 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 - 0047

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 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 - 0047

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 - 0047

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 - 0047

Contrato Número

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 - 0047

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 - 0047

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 - 0047

Contrato Número



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 - 0047

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 [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</i> | 1 | Preferred | MOTRIN | Q1 =5 días |
| <i>indomethacin 25 mg cap. 50 mg cap</i> | 1 | Non-Preferred | INDOCIN | Q1 =5 días |
| <i>nebuprofen 500 mg tab. 750 mg tab</i> | 1 | Preferred | RELAFEN | Q1 =5 días |
| <i>naproxen 250 mg tab. 375 mg tab. 500 mg tab</i> | 1 | Preferred | NAPROSYN | Q1 =5 días |
| <i>naproxen sodium 275 mg tab. 550 mg tab</i> | 1 | Preferred | ANAPROX | Q1 =5 días |
| <i>salsalate 500 mg tab. 750 mg tab</i> | 1 | Preferred | DISALCID | Q1 =5 días |
| <i>indomethacin er 75 mg cap. er</i> | 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 - 0047

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,

Nº 23 - 0047

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</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 |
| ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD No 23 - 0047 Contrato Número | | | | QL=6 tabletas diarias/ 5 días de suplido dentro de 30 días Pacientes mayores de 18 años |
| <i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i> | 1 | Preferred | TYLENOL-CODEINE | |
| <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 |

Contrato Número

| 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 |

Contrato Número

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

Contrato Número

| 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 |

Contrato Número

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|---|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| <i>levetiracetam 1000 mg tab, 750 mg tab</i> | 2 | Preferred | KEPPRA | QL=5 días |
| <i>oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab</i> | 2 | Preferred | TRILEPTAL | QL=5 días |
| <i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i> | 2 | Preferred | DILANTIN | QL=5 días |
| <i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i> | 2 | Preferred | DILANTIN | QL=5 días |
| <i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i> | 2 | Preferred | DILANTIN | QL=5 días |
| <i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln</i> | 3 | Preferred | ZARONTIN | QL=5 días |
| <i>phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln</i> | 3 | Preferred | PHENOBARBITAL | QL=5 días |
| 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] | | | | |
| Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao] | | | | |
| <i>selegiline hcl 5 mg tab</i> | 3 | Non-Preferred | CARBEX | QL=5 días |
| 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 |
| Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas] | | | | |
| HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp | 2 | Preferred | | QL= 1 vial / 30 días, P |

Contrato Número

| 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 |

Contrato Número

| 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 |

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 | 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 |
| 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 |

• 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]

Contrato Número

| 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 [ANTIMICOBACTERIAÑOS] | | | | |
| 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 | |
| CAPASTAT SULFATE 1 gm inj | | | | |

Contrato Número

| 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] | | | | |
| chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab | 1 | Preferred | ARALEN | QL=5 días |
| hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab | 1 | Preferred | PLAQUENIL | QL=5 días |
| pyrimethamine 25 mg tab | 25 | Non-Preferred | DARAPRIM | QL=5 días |
| ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] | | | | |
| Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson] | | | | |
| amantadine hcl 50 mg/5ml syr | 1 | Preferred | SYMMETREL | QL=5 días |
| 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 | 1 | Preferred | MIRAPEX | QL=5 días |
| ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab | 1 | Preferred | REQUIP | QL=5 días |
| ropinirole hcl 2 mg tab | 2 | Preferred | REQUIP | QL=5 días |
| amantadine hcl 100 mg cap | 3 | Preferred | SYMMETREL | QL=5 días |
| bromocriptine mesylate 2.5 mg tab | 3 | Preferred | PARLODEL | QL=5 días |
| carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab | 4 | Non-Preferred | STALEVO | QL=5 días |
| 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 | 5 | Non-Preferred | STALEVO | QL=5 días |
| Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina] | | | | |
| carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab | 1 | Preferred | SINEMET | QL=5 días |
| carbidopa-levodopa 25-250 mg tab | 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 |
| 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 |
| 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]

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 |

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 |

Contrato Número

| 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 pwr</i> | 3 | Preferred | QUESTRAN | QL=5 días |
| <i>cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwr</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 |

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 | PROPYLTHIOURACIL | 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 |

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 |

| 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 |

Contrato Número

| 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] | | | | |
| FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwr, 250 mcg/blist inh aer pwr, 50 mcg/blist inh aer pwr | 3 | Preferred | | QL=1 pompa / 30 días, P |
| FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer | 3 | Preferred | | QL=1 pompa / 30 días, P |
| FLOVENT HFA 44 mcg/act inh aer | 3 | Preferred | | QL=1 pompa / 30 días, P |
| <i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp,</i> | 4 | Non-Preferred | PULMICORT | QL=5 días, AL 0-12 años |
| <i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i> | 8 | Non-Preferred | PULMICORT | AL 0-12 años |
| FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer | 4 | Preferred | | QL=1 pompa / 30 días, P |

Contrato Número

| 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 Histamine 1] | | | | |
| <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 |

Contrato Número

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 |

| | |
|---------------------------------------|--------|
| Contrato Número | |
| HUMULIN FORSO | 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 |
| methyldopa | 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 | |
| nabumetone..... | 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 |

S Contrato Número

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

T

| | |
|--------------------------|--------|
| terazosin hcl..... | 19, 23 |
| terbutaline sulfate..... | 31 |
| timolol maleate..... | 29 |

| | |
|----------------------------|--------|
| tobramycin..... | 29 |
| topiramate..... | 16, 21 |
| tramadol hcl..... | 13 |
| TRECTOR..... | 22 |
| triamterene-hctz..... | 20 |
| trimethobenzamide hcl..... | 18 |

U

| | |
|---------------|----|
| ursodiol..... | 26 |
|---------------|----|

V

| | |
|-------------------------|----|
| valganciclovir hcl..... | 23 |
| verapamil hcl..... | 19 |

W

| | |
|----------------------|----|
| warfarin sodium..... | 23 |
|----------------------|----|



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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





ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número

Sub-Formulario de Salud Mental

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A





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 - 0047

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**

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Página 3 de 15

Contrato Número

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 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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Página 4 de 15

Contrato Número

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 - 0047



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.

RP

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número



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 [ANTIPSIÓTICOS]..... | 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 - 0047

Página 7 de 15

Contrato Número

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 [CATEGORIA TERAPEUTICA] | | | | |
| Therapeutic Class [Clase Terapéutica] | | | | |
| ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD] | | | | |
| Benzodiazepines [Benzodiazepinas] | | | | |
| diazepam 10 mg tab, 7 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 17 hr, 200 mg tab er 17 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 determinan la siguiente manera:

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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 - 0047



Nº 23 - 0047

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]



SUB MENTAL

Contrato Número

| 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 [ANTIPSICÓTICOS] | | | | |
| 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]



| 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]



| 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 |



Nº 23 - 0047

Contrato Número

A

amitriptyline hcl.....10
amphetamine-dextroamphetamine11
atomoxetine12

B

benztropine mesylate.....10
bupropion hcl 9
bupropion hcl er (sr)..... 9
bupropion hcl er (xl) 9

C

citalopram hydrobromide 9
clonidine hcl..... 11, 12

D

dexmethylphenidate hcl12
dextroamphetamine sulfate11
dextroamphetamine sulfate er11
diazepam 9
divalproex sodium11
doxepin hcl.....10
DYANAVAL XR11

F

fluoxetine hcl..... 9
flurazepam hcl12
folic acid11

H

haloperidol10
hydroxyzine pamoate..... 9

I

ibuprofen11
imipramine hcl10

L

lamotrigine11
loperamide hcl11
lorazepam 9

M

methylphenidate hcl12
methylphenidate hcl ER (CD).....12
mirtazapine 9

N

nortriptyline hcl10

P

paroxetine hcl10

R

risperidone10

S

sertraline hcl10

T

temazepam.....12
trazodone hcl..... 9

V

valproic acid.....11
venlafaxine hcl.....10
vitamin b-111

Z

zolpidem tartrate.....12

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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número

AP

¿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 initials in blue ink.

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD



Nº 23 - 0047

VIH-SIDA

Contrato Número

2022

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B A R C A





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,

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

Nº 23 - 0047

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 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 salguarde 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.

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.



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-Antimalaráticos]..... | 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 DE
SEGUROS DE SALUD ,

Página 6 de 21

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| | |
|---|-----------|
| 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 |



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 [Requisitos/ Límites] |
|---|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] | | | | |
| Therapeutic Class [Clase Terapéutica] | | | | |
| ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] | | | | |
| Local Anesthetics [Anestésicos Locales] | | | | |
| Articaine 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

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

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 - 0047

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 DE
SEGUROS DE SALUD

Página 10 de 21
Revisado 01/01/2022

№ 23 - 0047

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 - 0047

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 DB
SEGUROS DE SALUD

Página 12 de 21
Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

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]

ADMINISTRACIÓN DE
 SEGUROS DE SALUD

Página 13 de 21
 Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| 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 | BARACLUE | 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]

ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD,

Página 14 de 21
Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr | 4 | Non-Preferred | RETROVIR | |
| abacavir sulfate 300 mg tab | 5 | Non-Preferred | ZIAGEN | |
| didanosine 400 mg cap dr | 5 | Non-Preferred | VIDEX EC | |
| lamivudine 300 mg tab | 5 | Preferred | EPIVIR | |
| VIDEX 2 gm soln | 5 | Non-Preferred | | |
| lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab | 6 | Preferred | COMBIVIR | |
| ZIAGEN 20 mg/ml soln | 6 | Non-Preferred | | |
| abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab | 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 - 0047

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]

| 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] | | | | |
| <i>iron 325 (65 fe) mg tab</i> | 1 | Preferred | IRON | |
| CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] | | | | |
| Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina] | | | | |
| <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 | |
| Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Acido Fólico] | | | | |
| <i>leucovorin calcium 5 mg tab</i> | 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 - 0047

Contrato Número

| Drug Name [Nombre del Medicamento] | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab | 4 | Preferred | LEUCOVORIN | |
| leucovorin calcium 25 mg tab | 9 | Preferred | LEUCOVORIN | |
| leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj | 9 | Non-Preferred | LEUCOVORIN | |
| 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 | |
| HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] | | | | |
| Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] | | | | |
| fludrocortisone acetate 0.1 mg tab | 1 | Preferred | FLORINEF | |
| 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 | |
| MEDROL 2 mg tab | 1 | Preferred | | |
| methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab | 1 | Preferred | MEDROL | |
| methylprednisolone (pak) 4 mg tab | 1 | Preferred | MEDROL | |
| prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr | 1 | Preferred | PRELONE | |
| prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab | 1 | Preferred | DELTASONE | |

• 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 [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 17 de 21
Revisado 01/01/2022

Nº 23 - 0047

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 - 0047

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]

A

abacavir sulfate15
abacavir-lamivudine-zidovudine15
acyclovir14
albendazole13
amoxicillin11
amoxicillin-pot clavulanate11
ampicillin11
 ARANESP (ALBUMIN FREE) 15, 16
azithromycin10

B

BICILLIN L-A11

C

CAPASTAT13
ciprofloxacin12
ciprofloxacin hcl11
clarithromycin10
clindamycin hcl11
clotrimazole17
cycloserine12

D

dapsone13
dexamethasone17
didanosine 14, 15
doxycycline hyclate12
doxycycline monohydrate12

E

E.E.S. GRANULES10
efavirenz14
entecavir14
 EPIVIR14
 ERYPED 20010
 ERYPED 40010
 ERY-TAB10
 ERYTHROCIN STEARATE10
erythromycin base10
erythromycin ethylsuccinate10
ethambutol hcl12

F

fluconazole13
fludrocortisone acetate17

**ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0047

Contrato Número

H

hydrocortisone18

I

iron16
isoniazid12
itraconazole13

K

ketoconazole13

L

lamivudine 14, 15
lamivudine-zidovudine15
leucovorin calcium 16, 17
levofloxacin11
lidocaine viscous10

M

MAVYRET14
 MEDROL17
megestrol acetate16
methylprednisolone 17, 18
methylprednisolone (pak)17
minocycline hcl12

N

nevirapine14
nevirapine er14
nystatin17

P

penicillin g procaine11
penicillin v potassium11
pentamidine13
prednisolone17
prednisone17
prednisone (pak)18
 PROCIT 15, 16
pyrazinamide12
pyrimethamine13

R

RESCRIPTOR14
 RETACRIT16
rifabutin12

VIH-SIDA

RIFAMATE.....12
rifampin12

S

SEROMYCIN.....12
 SPORANOX.....13
stavudine14
sulfadiazine.....12
sulfamethoxazole-tmp ds.....12
sulfamethoxazole-trimethoprim12
 SUSTIVA.....14

T

terbinafine hcl13
 TRECATOR.....12

V

valganciclovir hcl13
 VIDEX.....15
voriconazole13

Z

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



ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número

[Handwritten signature]

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

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



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

Nº 23 - 0047

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 - 0047

Contrato Número

| 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 |

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047

Contrato Número

| Therapeutic Category [Categoría Terapéutica] | Therapeutic Class [Clase Terapéutica] | Drug Description [Descripción de la Droga] | Pre-authorization [Pre-autorización] Y=Yes |
|---|--|---|--|
| ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES | Antineoplastic Enzyme Inhibitors | 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 - 0047

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 - 0047

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

Nº 23 - 0047

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

Nº 23 - 0047

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 - 0047

Contrato Número

| 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 - 0047

Contrato Número