



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

19 de diciembre de 2012

Estimado proveedor:

Me place presentarles la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL por sus siglas en inglés) para Salud Física del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Mi Salud), vigente desde el 1 de enero de 2013.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de ASES, compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos.

Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Por consiguiente, este PDL y los PDL's especializados que se incluyen en esta guía, pueden sufrir cambios, los cuales se notifican mediante cartas normativas, conforme van surgiendo.

Les exhorto a conservar esta Guía para su referencia siempre que sea necesario. La misma también está disponible en nuestra página electrónica www.asespr.org.

Cordialmente,

Lcdo. Frank R. Díaz Ginés, MHA
Director Ejecutivo



ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA Plan de Salud del Gobierno - Mi SALUD

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar la Lista de Medicamentos Preferidos (*Preferred Drug List* o "PDL") para Salud Física y Salud Mental de **Mi Salud**. Para estos propósitos se ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica para Salud Física, y otro para Salud Mental, ambos compuestos por diferentes profesionales de la salud entre estos médicos primarios y farmacéuticos. Estos comités se reúnen periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASESES sobre los formularios de medicamentos, basados en evidencia científica y aspectos clínicos.

La Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El "PDL" tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de **Mi Salud**.

ASESES mantiene, además, el Formulario Modular Uniforme (FMU), el cual es utilizado como el formulario oficial del cual se deriva el PDL. Los medicamentos en este formulario que no están en el PDL pueden ser utilizados por las compañías aseguradoras, organizaciones de salud mental y proveedores de servicios de salud sólo como excepciones en los casos en que los medicamentos en el PDL no fueran los más clínicamente efectivos para el paciente en particular.

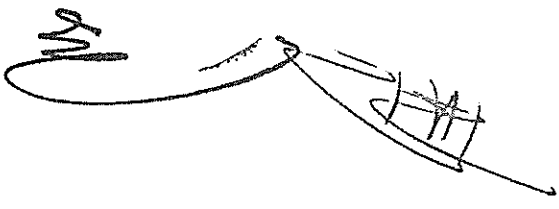
Así mismo, se creó una Lista de Medicamentos Especializados (contratados). En la situación en que un proveedor de servicios médicos recete un medicamento especializado de esta lista, deberá ser evaluado por las compañías aseguradoras (MCO/TPA por sus siglas en inglés), organizaciones de salud mental (MBHO por sus siglas en inglés) ó la organización contratada por ASESES a través del Proceso de Excepción.

En casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera de los formularios antes mencionados 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 PDL o en el FMU, las compañías aseguradoras, organizaciones de salud mental y proveedores de servicios de salud deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

1. Contraindicación a/los medicamento(s) que aparece(n) en el PDL.
 2. Historial de reacción adversa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el PDL.
 3. Fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en el PDL.
 4. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el PDL
- b.



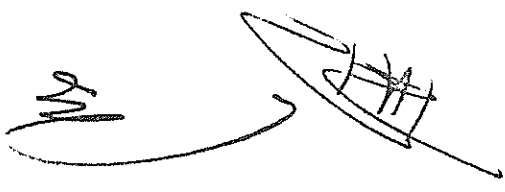
ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA Plan de Salud del Gobierno - Mi SALUD

Este Proceso de Excepción requiere la documentación oficial, por parte del proveedor de servicios, de las razones clínicas que justifican la utilización de medicamentos fuera del PDL.

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia de **Mi Salud** establece como obligatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes, siempre y cuando no esté contraindicado y así se justifique clínicamente por el proveedor.
- B. Las compañías aseguradoras ó TPA, organizaciones de salud mental y proveedores de servicios de salud procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del o los Administradores del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Managers* ó "PBMs") contratados por la Administración.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente los medicamentos que se le requiera incluir en la cubierta de farmacia a las compañías aseguradoras ó TPA, organizaciones de salud mental y proveedores de servicios de salud. Además, se evaluará cualquier medicamento nuevo para inclusión en el mismo o removerá medicamentos de dicho formulario. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos según cambios o avances en estándares de la práctica dentro de una enfermedad o área de tratamiento.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones (Grupos Médicos Primarios, proveedores independientes, especialistas, etc.) podrán registrarse por un formulario distinto al PDL y al Formulario Modular, 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 y las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos que se incluyen en dichos formularios. Las compañías aseguradoras/TPA ó MBHO serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de treinta (30) días. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.

- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de treinta (30) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recibir un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. Por recomendación del médico se repetirá el despacho de cada receta hasta cinco (5) veces (receta original más cinco (5) repeticiones). Los medicamentos que requieren pre-autorización tendrán vigencia de seis meses a menos que ocurran contraindicaciones o efectos secundarios. 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.



ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA Plan de Salud del Gobierno - Mi SALUD

- G. Las indicaciones en las recetas para medicamentos de uso crónico, a favor de Niños con Necesidades Especiales de Salud, deberán indicar claramente que cubren una terapia de treinta (30) días y que se podrán repetir hasta cinco (5) veces (receta original más cinco (5) repeticiones), según criterio médico. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.
- H. Se requiere la coordinación con el Departamento de Salud para provisión de métodos contraceptivos de planificación familiar. Se cubrirán los contraceptivos para el tratamiento de disfunción menstrual y para otras condiciones menstruales a través de su médico primario de Salud Física.
- I. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados "AB", así como autorizados por la reglamentación local siempre y cuando no esté contraindicado y así se consigne por el proveedor en la prescripción médica.
- J. La inexistencia en inventario de medicamentos bioequivalentes no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, se 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 decida cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos.
- K. Todas las recetas deberán ser despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionada por el beneficiario.
- L. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de determinado número de farmacias en cada municipio para así poder ejercerlo. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.
- M. Los medicamentos recetados deberán ser entregados concurrentemente a la fecha y hora en que el beneficiario recibe la receta y requiere el despacho del medicamento.

4. Regla de Emergencia

Como regla general, para los productos que aparecen en el Formulario de Salas de Emergencia, se despachará la cantidad necesaria hasta el próximo día laborable ó en el caso de fines de semana largos o feriados hasta un máximo de cinco (5) días laborables. Los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación, y antiinflamatorios no esteroidales se despacharán en cantidad suficiente hasta un máximo de cinco (5) días. 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 Plan de Salud es un plan de cuidados coordinados. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados formen parte del Formulario de Medicamentos de Salas de Emergencia.



ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA
Plan de Salud del Gobierno - Mi SALUD

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región de servicios.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





ms



Salud Física

2013 - 2014

Lista de Medicamentos Preferidos



PLAN DE SALUD DEL
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL)
SALUD FÍSICA
2013-2014

TABLA DE CONTENIDO

PARTE I - DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS.....	viii
PRESENTACIÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (“PREFERRED DRUG LIST”, “PDL”) Y GUÍAS DE REFERENCIA.....	
INDICADOR DE COSTO RELATIVO.....	viii
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	ix
GUÍAS DE REFERENCIA.....	ix
LEYENDA PARA LOS SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS EN EL FORMULARIO.....	x
PARTE II - MEDICAMENTOS POR CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA.....	1
1.0 ANTIINFECCIOSOS.....	1
1.1 CEFALOSPORINAS.....	1
1.1.1 PRIMERA GENERACIÓN.....	1
1.1.2 SEGUNDA GENERACIÓN.....	1
1.1.3 TERCERA GENERACIÓN.....	1
1.2 MACRÓLIDOS.....	1
1.3 PENICILINAS.....	2
1.4 SULFONAMIDAS.....	2
1.5 TETRACICLINAS.....	2
1.6 QUINOLONAS.....	3
1.7 ANTIVIRALES.....	3
1.7.1 INFLUENZA.....	3
1.7.2 INFECCIONES HERPÉTICAS.....	3
1.7.3 TERAPIA VIH-SIDA & HEPATITIS.....	3
1.7.3.1 ANÁLOGOS NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA.....	3
1.7.3.2 ANÁLOGOS NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA.....	4
1.7.3.3 ANÁLOGOS NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA EN COMBINACIÓN.....	4



1.7.3.4	INHIBIDORES DE PROTEASA.....	4
1.7.3.5	AGENTES ORALES PARA HEPATITIS.....	4
	ANTIVIRALES MISCELÁNEOS.....	5
1.7.4	ANTIMICÓTICOS.....	5
1.8	ANTITUBERCULOSOS.....	5
1.9	ANTIPARASITARIOS.....	6
1.10	ANTIMALÁRICOS.....	6
1.11	ANTIINFECIOSOS MISCELÁNEOS.....	7
1.12		
2.0	AGENTES CARDIOVASCULARES PARA LA HIPERTENSION Y LÍPIDOS.....	7
2.1	GLICÓSIDOS.....	7
2.2	TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA.....	8
2.2.1	DIURÉTICOS.....	8
2.2.1.1	THIAZIDAS.....	8
2.2.1.2	INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA.....	8
2.2.1.3	DIURÉTICOS DEL LOOP.....	8
2.2.1.4	DIURÉTICOS MISCELÁNEOS.....	8
2.2.2	BLOQUEADORES BETA.....	8
2.2.3	ANTAGONISTAS DEL CANAL DE CALCIO.....	9
2.2.4	INHIBIDORES DE ANGIOTENSINA (ACE).....	10
2.2.5	BLOQUEADORES DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA (ARB).....	10
2.2.6	ANTIHIPERTENSIVOS CON ACCIÓN CENTRAL.....	11
2.2.7	VASODILATADORES.....	11
2.2.8	BLOQUEADORES DEL RECEPTOR ALFA.....	11
2.3	ANTIARRÍTMICOS.....	12
2.4	AGENTES REDUCTORES DEL COLESTEROL Y LÍPIDOS.....	12
3.0	MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS Y PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA.....	12

Ms



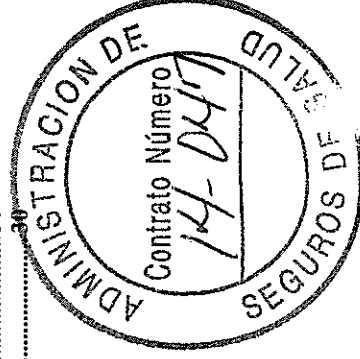

3.1	ANALGÉSICOS, NARCÓTICOS Y AGENTES EN COMBINACIÓN.....	13
3.2	MIGRAÑA.....	13
3.3	ANTICONVULSIVOS.....	14
3.4	ANTIÉRTIGO Y ANTIEMÉTICOS.....	15
3.5	ANTI PARKINSON.....	16
	3.5.1 ANTICOLINÉRGICOS.....	16
	3.5.2 DOPAMINÉRGICOS.....	16
	3.5.3 AGONISTAS DEL RECEPTOR DE DOPAMINA.....	17
	3.5.4 AGENTES MISCELÁNEOS.....	17
3.6	AGENTES PSICOTRÓPICOS.....	17
	3.6.1 ANTIDEPRESIVOS.....	17
	3.6.1.1 TRICÍCLICOS.....	17
3.7	ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS.....	17
3.7.1	BENZODIAZEPINAS.....	17
3.8	AGENTES SNC Y MISCELÁNEOS.....	18
3.9	ALZHEIMERS.....	18
4.0	AGENTES DERMATOLÓGICOS/TERAPIA TÓPICA.....	19
4.1	CORTICOSTEROIDES TÓPICOS.....	19
	4.1.1 MUY ALTA POTENCIA.....	19
	4.1.2 ALTA POTENCIA.....	19
	4.1.3 MEDIANA POTENCIA.....	20
	4.1.4 BAJA POTENCIA.....	20
	4.2 TERAPIA PARA EL ACNÉ.....	20
4.3	ANTIPSORIÁTICOS TÓPICOS.....	21
4.4	ANTIMICÓTICOS TÓPICOS.....	21
4.5	ANTIBACTERIANOS TÓPICOS.....	21
4.6	ESCABICIDAS.....	21
4.7	AGENTES TÓPICOS MISCELÁNEOS.....	21
4.8	TERAPIA PARA ROSÁCEA.....	22
4.9	AGENTES DERMATOLÓGICOS ORALES.....	22
4.10	ANTIPSORIÁTICOS MISCELÁNEOS.....	22
	4.10.1 ANTAGONISTAS TNF.....	22
5.0	MEDICAMENTOS PARA EL OÍDO, LA NARIZ Y LA GARGANTA.....	22
5.1	PREPARACIONES ÓTICAS.....	23
5.2	AGENTES PARA LA BOCA Y GARGANTA.....	23



[Handwritten signature]

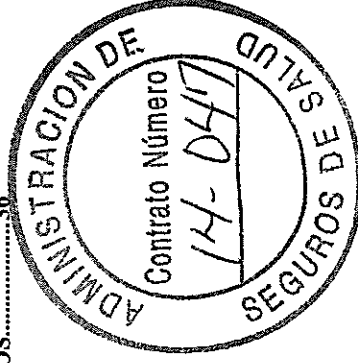
[Handwritten scribble]

6.0	GASTROENTEROLOGÍA.....	23
6.1	AGENTES PARA ÚLCERAS.....	23
6.1.1	ANTAGONISTAS H ₂	23
6.1.2	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES.....	24
6.1.3	AGENTES ÚLCERAS MISCELÁNEOS.....	24
6.2	ANTIDIARREÍCOS.....	24
6.3	ANTIESPASMÓDICOS.....	24
6.4	AGENTES GASTROINTESTINALES MISCELÁNEOS.....	24
6.4.1	AGENTES GASTROINTESTINALES.....	24
6.4.2	ÁCIDOS BILIARES.....	25
6.4.3	DIGESTIVOS.....	25
6.4.4	OTROS.....	25
7.0	AGENTES ENDOCRINOLÓGICOS.....	25
7.1	TERAPIA DE DIABETES.....	25
7.1.1	AGENTES HIPOGLICÉMICOS.....	25
7.1.1.1	SULFONILUREAS.....	25
7.1.1.2	INHIBIDORES DE LA ALFA GLUCOSIDASA.....	26
7.1.1.3	TIAZOLIDINEDIONAS.....	26
7.1.1.4	INHIBITORES DPP IV.....	26
7.1.1.5	INSULINA.....	26
7.1.1.6	OTROS.....	27
7.1.2	AGENTES HIPERGLICÉMICOS.....	27
7.2	TIROIDE.....	27
7.2.1	AGENTES ANTIROIDEOS.....	27
7.2.2	HORMONAS TIROIDAS.....	27
7.3	CORTICOSTEROIDES.....	27
7.4	HORMONAS DE CRECIMIENTO.....	28
7.5	AGENTES ENDOCRINOLÓGICOS MISCELÁNEOS.....	28
7.5.1	ANDRÓGENOS.....	28
7.5.2	AGENTES ANTIHIPERPROLACTINEMIA.....	28
7.5.3	OTROS.....	28
8.0	SISTEMA MUSCULOESQUELETAL Y REUMATOLOGÍA.....	29
8.1	ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES.....	29
8.2	GOTA.....	30
8.3	RELAJANTES MUSCULARES.....	30



[Handwritten signature]

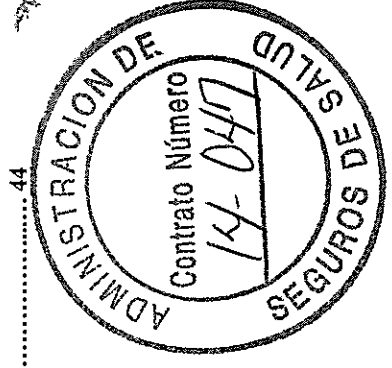
8.4	ANAGONISTAS TNF.....	30
8.5	AGENTES REUMATOLÓGICOS MISCELÁNEOS.....	30
9.0	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.....	31
9.1	VITAMINAS PRENATALES.....	31
9.2	AGENTES BIOLÓGICOS.....	31
9.3	ESTRÓGENO Y PROGESTINA.....	31
9.3.1	ESTRÓGENO.....	31
9.3.2	ESTRÓGENOS EN COMBINACIÓN.....	31
9.3.3	PROGESTERONA.....	31
9.3.4	CONTRACEPTIVOS ORALES.....	32
9.4	AGENTES TÓPICOS.....	32
9.4.1	ESTRÓGENOS VAGINALES.....	32
9.4.2	ANTIINFECTIVOS VAGINALES.....	32
9.5	AGENTES MISCELÁNEOS.....	32
9.5.1	OSTEOPOROSIS.....	32
10.0	NUTRIENTES, VITAMINAS Y TERAPIA DE COAGULACIÓN.....	32
10.1	NUTRIENTES Y VITAMINAS.....	32
10.1.1	NUTRIENTES.....	32
10.1.2	VITAMINAS.....	33
10.2	TERAPIA DE LA COAGULACIÓN.....	33
10.2.1	ANTICOAGULANTES.....	33
10.2.2	ANTIPLAQUETARIOS.....	34
10.2.3	AGENTES ANTIHEMOFÍLICOS.....	34
10.2.4	AGENTES PARA LA CLAUDICACIÓN INTERMITENTE.....	35
11.0	ANTÍDOTOS.....	35
12.0	AGENTES RESPIRATORIOS.....	35
12.1	ANTIHISTAMÍNICOS.....	35
12.1.1	ANTIHISTAMÍNICOS DE BAJA SEDACIÓN.....	35
12.1.2	ANTIHISTAMÍNICOS NO SEDANTES.....	35
12.2	ESTEROIDES INTRANASALES.....	35
12.3	OTROS.....	36
12.4	AGENTES PARA EL ASMA.....	36
12.4.1	BRONCODILATADORES.....	36
12.4.1.1	XANTINAS.....	36
12.4.1.2	AGONISTAS BETA ORALES.....	36
12.4.1.3	AGONISTAS BETA INHALADOS.....	36



y
SALUD FÍSICA 2013-2014

12.4.1.4	ANTICOLINÉRGICOS.....	37
12.4.1.5	CORTICOSTEROIDES INHALADOS.....	37
12.4.1.6	AGENTES EN COMBINACIÓN.....	37
12.4.1.7	AGENTES MISCELÁNEOS.....	37
12.5	ANTITUIVOS Y EXPECTORANTES.....	38
13.0	AGENTES OFTÁLMICOS.....	38
13.1	ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS.....	38
13.2	ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS.....	39
13.2.1	CORTICOSTEROIDES.....	39
13.2.2	ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES.....	39
13.3	PRODUCTOS EN COMBINACIÓN.....	39
13.4	AGENTES PARA GLAUCOMA.....	39
13.4.1	MIÓTICOS.....	40
13.4.2	AGONISTAS ADRENÉRGICOS SELECTIVOS.....	40
13.4.3	BETA BLOQUEADORES.....	40
13.4.4	INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA.....	40
13.4.5	PROSTAGLANDINAS.....	40
13.5	AGENTES OFTÁLMICOS MISCELÁNEOS.....	40
14.0	UROLOGÍA.....	40
14.1	ANTIESPASMÓDICOS.....	41
14.2	ANESTÉSICOS.....	41
14.3	AGENTES UROLÓGICOS MISCELÁNEOS.....	41
15.0	CÁNCER.....	41
15.1	ANTIMETABOLITOS.....	41
15.2	AGENTES ALQUILANTES.....	41
15.3	ANDRÓGENOS, ESTRÓGENOS, PROGESTINAS.....	42
15.3.1	PROGESTINAS.....	42
15.3.2	ANTIANDRÓGENOS.....	42
15.3.3	CÁNCER DE MAMA.....	42
15.3.3.1	ANTIESTRÓGENOS.....	42
15.3.3.2	INHIBIDORES DE LA AROMATASA.....	42
15.3.4	HORMONAS.....	43
15.4	AGENTES DE CÁNCER MISCELÁNEOS.....	43
15.5	INMUNOSUPRESORES.....	44
16.0	BIOTECNOLOGÍA.....	44

[Handwritten signature]



16.1	ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	44
16.2	ESTIMULANTES ERITROIDES.....	45
16.3	ESTIMULANTES MIELOIDES.....	45
16.4	INTERFERONAS.....	45

PARTE III - APÉNDICE I - PRODUCTOS CON LÍMITE DE CANTIDAD DE DESPACHO.....	46
---	----

PARTE IV - ÍNDICE.....	48
------------------------	----

[Handwritten signature]



**PARTE I - DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS
PRESENTACION DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS
PREFERIDOS (“PREFERRED DRUG LIST”, “PDL”) Y GUÍAS
DE REFERENCIA**

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

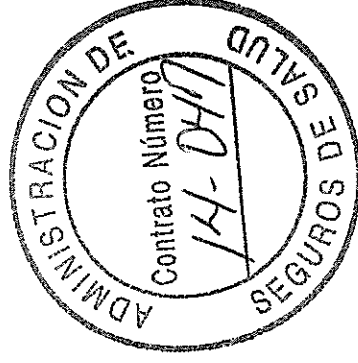
Indicador de Costo Relativo	Nombre Genérico (en negrilla si el medicamento está disponible en genérico)	Nombre de Marca	Guías de Referencia
Signo de \$	Nystatin susp	Mycostatin	P, PA

Para cada medicamento incluido en el “PDL” aparece un Indicador de Costo (Costo Relativo), el Nombre Genérico, el Nombre de Marca y Guías de Referencia según aplican. En los casos en que el medicamento genérico esté disponible, el mismo aparece con letra en **negrilla (bold)**. Aquellos medicamentos genéricos que tienen un asterisco (*) indica que no todas las presentaciones del producto tienen un genérico disponible. Siempre que exista el genérico bioequivalente de un medicamento el mismo será despachado. **El nombre de marca se menciona sólo para referencia.**

Le exhortamos a que utilice el “PDL” como referencia cuando vaya a prescribir medicamentos a los beneficiarios del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

INDICADOR DE COSTO RELATIVO

El indicador de costo relativo se incluye en el “PDL” para ofrecer un valor estimado del costo de una terapia medicinal incluyendo cualquier descuento por utilización y comparando el producto específico con las otras alternativas disponibles en esa clase, o para tratar la enfermedad o condición específica. En la mayoría de los casos, se compara el costo por terapia para quince o treinta días dependiendo de si el medicamento es de uso agudo o de mantenimiento, respectivamente. La comparación de costos y asignación de signos de dólares se hace a base de todos los productos incluidos dentro de una clase terapéutica, (e.g. medicamentos cardiovasculares, medicamentos gastrointestinales). Los signos de dólares al lado de un medicamento identifican su costo relativo y se deben interpretar de la siguiente manera:



Menos Costoso

\$
 \$\$
 \$\$\$
 \$\$\$\$
 \$\$\$\$\$
 \$\$\$\$\$!

Más Costoso

Cuando varios medicamentos dentro de la misma clase terapéutica tienen el mismo número de signos de dólares, el medicamento que se menciona primero debe considerarse como el menos costoso.

Donde existe la alternativa de un número de preparaciones adecuadas para tratar una enfermedad o condición en particular, el indicador de costo relativo puede utilizarse para hacer una selección a base del costo.

La designación de los costos relativos es vigente al momento de la publicación de esta edición del "PDL". El costo de los medicamentos está sujeto a cambios constantes.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos bioequivalentes se identifican con **negrilla (bold)**. Ciertos genéricos bioequivalentes tienen un Costo Máximo Permitido (Maximum Allowable Cost List o MAC List) para el pago de los mismos. Este precio típicamente 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 que son prescritos comúnmente y han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para ser comercializados.

GUÍAS DE REFERENCIA

Los medicamentos que aparecen en el "PDL" son aquellos medicamentos preferidos en la cubierta del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estos medicamentos se seleccionan a base de su seguridad, eficacia, alta calidad, existencia de bioequivalentes y costo. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el "PDL".

Todos los medicamentos incluidos en este documento son medicamentos cubiertos a menos que se les designe como No-Formulario (NF); e.g. formas de dosificación de acción prolongada que no están incluidas en el "PDL".



**LEYENDA PARA LOS SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS
EN EL FORMULARIO**

\$ hasta \$\$\$\$\$!!	Representa el costo relativo del medicamento. Mientras menos signos de dólar, menor es el costo del medicamento. Mientras más signos de dólar, mayor es el costo.
PA	Requiere que la farmacia tramite una Preautorización .
NF	No-Formulario
P	Producto de Marca Contratado "Rebates"
Negrilla (Bold)	Identifica que el medicamento tiene genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones.
Negrilla (Bold)*	Identifica aquellos medicamentos para los cuales no todas las presentaciones o formas están disponibles en genéricos; por ejemplo, tabletas, líquidos, inyecciones, etc.
LC	Identifica aquellos medicamentos para los cuales existe algún límite en la cantidad que la farmacia puede despachar.
AL	Identifica aquellos medicamentos para los cuales existe algún límite en la edad para el despacho del medicamento.
Cap.	Cápsula
Tab.	Tableta
Chew tab.	Tableta masticable
Disp tab.	En inglés "dispersible" tab.
Inj.	Inyectable
Susp.	Suspensión
ER, SR, CR	Acción prolongada (extended release, sustained release, controlled release)
SL	Sublingual
Cr.	Crema
Oint.	Unguento
Sol.	Solución
Syr.	Jarabe
Lot.	Loción
Ophth.	Oftálmico
Inh.	Inhalador
SNC	Sistema Nervioso Central
Supp.	Supositorio
TDS	Parcho Transdermal (Sistema de liberación transdermal)
TTS	Parcho Transdermal (Sistema tópico transdermal)
OTC	Over the Counter
OTC/NF	Over the Counter No-Formulario






x
SALUD FÍSICA 2013-2014

SALUD FÍSICA

PLAN DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL)
SALUD FÍSICA
2013-2014

PARTE II - MEDICAMENTOS POR CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA

1.0 ANTIINFECCIOSOS

1.1 CEFALOSPORINAS

1.1.1 PRIMERA GENERACIÓN

\$	Cephalexin cap.	Keflex	
\$	Cephalexin susp.	Keflex	
\$\$\$	Cefadroxil* susp.	Duricef	AL <12 años

1.1.2 SEGUNDA GENERACIÓN

\$	Cefaclor cap.	Ceclor Ceclor CD	NF
\$\$\$	Cefprozil tab., susp.	Cefzil	

1.1.3 TERCERA GENERACIÓN

\$\$\$	Cefdinir cap., susp.	Omnicef	
--------	----------------------	---------	--

1.2 MACRÓLIDOS

\$	EES/Sulfisoxazole susp.	Pediazole	
\$	Erythromycin cap.		
\$	Erythromycin stearate tab.	Erythrocin	

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratado (rebate)

Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

LC Límite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

AL Límite de edad

OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario

SALUD FÍSICA 2013-2014



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SALUD FÍSICA

\$	Erythromycin tab.		
\$	Erythromycin EC* tab.	E-Mycin, EryTab	
\$	Erythromycin ethylsuccinate* tab., susp.	E.E.S., Eryped	
\$\$	Azithromycin tab., susp., powder pack for susp. (1 gm)	Zithromax Zithromax Tri-Pack	NF
\$\$\$	Clarithromycin tab., susp.	Biaxin Biaxin XL	NF
1.3 PENICILINAS			
\$	Ampicillin cap., susp.	Principen	
\$	Penicillin VK tab., sol.	Veetids, Pen-Vee K	
\$	Amoxicillin* cap., tab., chew tab., susp.	Trimox, Amoxil, Wymox	
\$	Penicillin G Procaine inj.		
\$\$	Penicillin G Benzathine inj.	Bicillin LA	
\$\$\$	Amoxicillin / Clavulanic acid tab., chew tab., susp.	Augmentin Augmentin ES Augmentin XR	NF NF
1.4 SULFONAMIDAS			
\$	Trimethoprim / Sulfamethoxazole tab., susp.	Bactrim, Bactrim DS, Septra, Septra DS	
\$\$\$\$	Sulfadiazine tab.		
1.5 TETRACICLINAS			

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (**Bold**) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (**Bold**)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

\$	Doxycycline hyclate tab., cap.	Vibratab, Vibramycin
\$	Tetracycline cap.	Achromycin
\$	Minocycline cap.	Minocin
\$\$\$\$	Doxycycline syr., susp.	Vibramycin
\$\$\$\$!	Demeclocycline tab.	Declomycin

1.6 QUINOLONAS

\$	Ciprofloxacin tab. (250mg, 500mg, 750mg)	Cipro
\$	Levofloxacin tab.	Levaquin
\$\$\$	Moxifloxacin tab.	Avelox P
\$\$\$\$	Ciprofloxacin susp.	Cipro

1.7 ANTIVIRALES

1.7.1 INFLUENZA

\$	Amantadine cap., syr.	Symmetrel
----	------------------------------	-----------

1.7.2 INFECCIONES HERPÉTICAS

\$	Acyclovir tab., cap.	Zovirax
\$\$	Acyclovir susp.	Zovirax

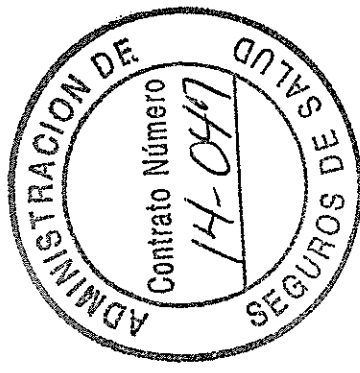
1.7.3 TERAPIA VIH- SIDA & HEPATITIS

1.7.3.1 ANÁLOGOS NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA

\$	Nevirapine tab., susp.	Viramune
----	-------------------------------	----------

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy. Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario

ms

SALUD FÍSICA

\$\$\$\$	Delavirdine tab.	Rescriptor	
\$\$\$\$!	Efavirenz tab., cap.	Sustiva	P
\$\$\$\$!	Nevirapine ER tab.	Viramune XR	

1.7.3.2 ANÁLOGOS NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA

\$\$	Stavudine cap., sol. *	Zerit	
\$\$\$	Zidovudine* tab., cap., syr., inj.	Retrovir	
\$\$\$	Abacavir tab., sol.	Ziagen	
\$\$\$	Didanosine delayed release cap.	Videx EC	
\$\$\$	Didanosine sol.	Videx	
\$\$\$	Lamivudine tab., sol.	Epivir	

1.7.3.3 ANÁLOGOS NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA EN COMBINACIÓN

\$\$\$	Lamivudine/Zidovudine tab.	Combivir	
\$\$\$\$!!	Abacavir/Lamivudine/ Zidovudine tab.	Trizivir	P

1.7.3.4 INHIBIDORES DE PROTEASA

Cubiertos a través de Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) (Clínicas de Inmunología)

1.7.3.5 AGENTES ORALES PARA HEPATITIS B

\$\$\$\$\$!	Lamivudine tab., sol.	Epivir HBV	PA
-------------	-----------------------	------------	----

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA
1.7.4 ANTIVIRALES MISCELÁNEOS

\$	\$	Rimantadine tab.	Flumadine
\$	\$\$\$!!	Palivizumab inj.	Synagis PA, P
\$	\$\$\$!!	Ganciclovir cap.	Cytovene
\$	\$\$\$!!	Valganciclovir tab.	Valcyte
1.8 ANTIMICÓTICOS			
\$	\$	Terbinafine tab.	Lamisil
\$	\$	Ketoconazole tab.	Nizoral
\$	\$	Nystatin susp.	Mycostatin, Nystat
\$	\$	Fluconazole tab., susp.	Diflucan
\$	\$	Griseofulvin microsize tab.	Grifulvin V
\$	\$\$\$	Griseofulvin ultramicrosized * tab.	Gris-PEG
\$	\$\$\$	Clotrimazole troche	Mycelex
\$	\$\$\$	Itraconazole* cap., sol.	Sporanox VIH-SIDA
\$	\$\$\$\$	Flucytosine cap.	Ancobon

1.9 ANTITUBERCULOSOS

\$	\$	Isoniazid tab.
\$	\$	Isoniazid syr.

NF No-formulario
PA Requiere preautorización
P Producto de marca contratada (rebate)
Negrita (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
Negrita (Bold)* Algunas presentaciones de los medicamentos no están disponibles en genérico
LC Límite en la cantidad a despachar
ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
AL Límite de edad
OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
OTC-Over the Counter
OTC-Over the Counter No-formulario



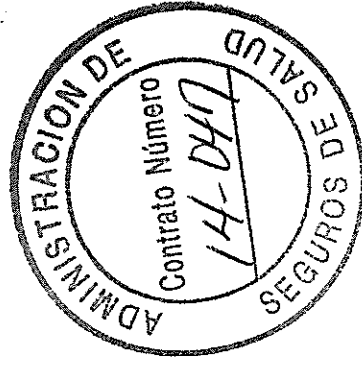
SALUD FÍSICA

\$\$\$\$	Ethambutol tab.	Myambutol
\$\$\$\$	Pyrazinamide tab.	
\$\$\$\$	Rifampin cap.	Rifadin
\$\$\$\$	Isoniazid/Rifampin cap.	Rifamate
\$\$\$\$\$	Ethionamide tab.	Trecator
\$\$\$\$\$!	Rifabutin cap.	Mycobutin
\$\$\$\$\$!	Cycloserine cap.	Seromycin
\$\$\$\$\$!	Capreomycin inj.	Capastat
1.10 ANTIPARASITARIOS		
\$\$\$	Iodoquinol tab.	Yodoxin
\$\$\$	Albendazole tab.	Albenza
1.11 ANTIMALÁRICOS		
\$	Pyrimethamine tab.	Daraprim
\$	Hydroxychloroquine tab.	Plaquenil
\$	Quinine sulfate* tab., cap.	
\$	Primaquine phosphate tab.	Primaquine
\$	Chloroquine phosphate tab.	Aralen
\$\$\$	Mefloquine tab.	Lariam

ms



NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones de los medicamentos no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



1.12 SALUD FÍSICA
ANTIINFECCIOSOS MISCELÁNEOS

\$	Metronidazole tab.	Flagyl Flagyl ER	NF
\$	Preparación extemporánea de metronidazole		Giardia lamblia
\$	Dapsone tab.	Dapsone	
\$	Nitrofurantoin monohydrate macrocrystalline cap.	Macrobid	
\$	Clindamycin cap. (150mg, 300mg)	Cleocin	
\$\$	Nitrofurantoin macrocrystals* cap.	Macrodanin	
\$\$\$	Clindamycin cap. (75mg), sol.	Cleocin	
\$\$\$	Pentamidine inh.	NebuPent	
\$\$\$\$	Streptomycin inj.		
\$\$\$\$!	Atovaquone susp.	Mepron	
\$\$\$\$\$!	Vancomycin cap., oral sol.	Vancocin	
\$\$\$\$\$!	Tobramycin inh.	Tobi	PA

[Handwritten signature]

2.0 AGENTES CARDIOVASCULARES PARA LA HIPERTENSIÓN Y LÍPIDOS

2.1	GLICÓSIDOS		
\$	Digoxin* tab.	Lanoxin	

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

\$\$ Digoxin elixir Lanoxin

2.2 TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA

2.2.1 DIURÉTICOS

2.2.1.1 TIAZIDAS

\$ Indapamide tab. Lozol
 \$ Hydrochlorothiazide* tab. Microzide
 \$ Chlorothiazide* tab., susp. Diuril
 \$ Chlorthalidone tab. Hygroton
 \$\$ Metolazone tab. Zaroxolyn

2.2.1.2 INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA

\$ Acetazolamide tab. Diamox
 Diamox sequels NF

2.2.1.3 DIURÉTICOS DEL LOOP

\$ Furosemide tab., sol. Lasix
 \$ Bumetanide tab. Bumex

2.2.1.4 DIURÉTICOS MISCELÁNEOS

\$ Triamterene/HCTZ tab. Maxzide
 \$ Triamterene/HCTZ cap. Dyazide
 \$\$ Spironolactone tab. Aldactone

2.2.2 BLOQUEADORES BETA

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA	
\$	Afenolol tab. Tenormin
\$	Afenolol/ Chlortalidone tab. Tenoretic
\$	Metoprolol tartrate tab. Lopressor
\$	Propranolol tab. Inderal
\$	Propranolol/ HCTZ tab. Inderide
\$	Labetalol tab. Normodyne
\$	Pindolol tab. Viskin
\$\$	Metoprolol tartrate / HCTZ tab. Lopressor HCT
\$\$	Propranolol sol., conc.
\$\$	Metoprolol succinate SR* tab. Toprol XL
\$\$	Carvedilol tab. Coreg

2.2.3 ANTAGONISTAS DEL CANAL DE CALCIO

\$	Amlodipine tab. Norvasc
\$	Verapamil tab. Isoptin, Calan
\$	Diltiazem tab. Cardizem Cardizem LA NF
\$	Verapamil ER tab. Calan SR, Isoptin SR NF Verelan NF Verelan PM NF Covera HS NF

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

SALUD FÍSICA

\$	Diltiazem SR 24hr cap.	Dilacor XR
\$\$	Diltiazem HCl Extended Release Beads SR 24hr cap. (120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg)	Tiazac
\$\$	Diltiazem SR 12hr cap.	Cardizem SR
\$\$\$	Nifedipine SR tab., CR tab.	Genérico solamente Adalat CC NF Procardia XL NF
\$\$\$	Diltiazem HCl coated beads SR 24hr cap.	Genérico solamente

2.2.4 INHIBIDORES DE ANGIOTENSINA (ACE)

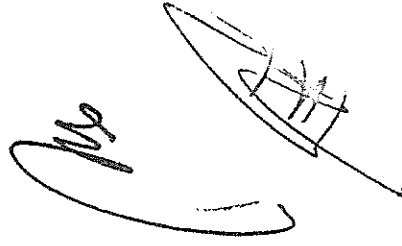
\$	Captopril tab.	Capoten
\$	Enalapril tab.	Vasotec
\$	Lisinopril tab.	Privilil, Zestril
\$	Lisinopril/HCTZ tab.	Prinzide, Zestoretic
\$	Enalapril/HCTZ tab.	Vaseretic
\$	Captopril/HCTZ tab.	Capozide
\$\$	Fosinopril tab.	Monopril

2.2.5 BLOQUEADORES DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA (ARB)

\$	Losartan tab.	Cozaar
\$	Losartan HCT tab.	Hyzaar
\$	Irbesartan tab.	Avapro

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario

Ms




SALUD FÍSICA

\$	Irbesartan/ HCTZ tab.	Avalide
2.2.6 ANTIHIPERTENSIVOS CON ACCIÓN CENTRAL		
\$	Clonidine tab.	Catapress
\$	Methyldopa tab.	Aldomet
\$\$\$\$	Clonidine TTS	Catapress TTS
2.2.7 VASODILATADORES		
\$	Isosorbide dinitrate SL tab.	Isordil
\$	Isosorbide mononitrate ER tab.	Imdur
\$	Nitroglycerin SL tab.	Nitrostat
\$	Isosorbide dinitrate* tab.	Isordil
\$	Isosorbide mononitrate tab.	Ismo, Monoket
\$	Hydralazine tab.	Apresoline
\$\$	Minoxidil tab.	Loniten
\$\$	Isosorbide dinitrate* ER tab., cap.	
\$\$\$	Nitroglycerin Film ER TD	Genérico solamente NitroDur NF Minitran NF
2.2.8 BLOQUEADORES DEL RECEPTOR ALFA		
\$	Doxazosin tab.	Cardura
\$	Terazosin cap.	Hytrin

ms



NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamentos no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

2.3 ANTIARRÍTMICOS

\$\$	Quinidine sulfate tab.	
\$\$\$	Quinidine gluconate tab.	Quinaglute
\$\$\$	Mexiletine cap.	Mexitil
\$\$\$	Sotalol tab.	Betapace, Betapace AF
\$\$\$	Quinidine sulfate CR tab.	
\$\$\$	Flecainide tab.	Tambocor
\$\$\$\$	Amiodarone tab. (200mg, 400mg)	Cordarone
\$\$\$\$	Propafenone tab.	Rythmol

ms



2.4 AGENTES REDUCTORES DEL COLESTEROL Y LÍPIDOS

\$	Simvastatin tab.	Zocor
\$	Atorvastatin tab.	Lipitor
\$	Gemfibrozil tab.	Lopid tab.
\$	Pravastatin	Pravachol
\$\$	Cholestyramine powder packs	Questran
\$\$	Niacin CR tab.	Niaspan

P

3.0 MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS Y PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones de los medicamentos no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario

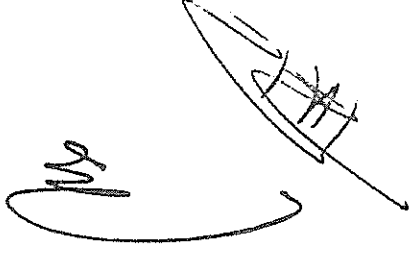


SALUD FÍSICA

3.1 ANALGÉSICOS, NARCÓTICOS Y AGENTES EN COMBINACIÓN

\$	Meperidine inj.	Demerol
\$	APAP/Codeine* tab., cap., elixir, sol., susp.	
\$	Tramadol tab.	Ultram
\$	Methadone* tab., disp. tab., sol., conc.	ASSMCA
\$	Morphine sulfate tab., sol.	
\$\$	APAP/Hydrocodone* tab., cap., elixir	
\$\$	Oxycodone tab., cap., sol.	Roxicodone
\$\$	APAP/Butalbital/Caffeine tab., cap.	Fioricet
\$\$	Hydromorphone tab., liq., inj.	Dilaudid
\$\$	Codeine sulfate tab.	
\$\$\$	Morphine sulfate SR tab., supp.	
\$\$\$\$	Fentanyl TDS	Duragesic
\$\$\$\$	Hydromorphone supp.	Dilaudid

ms



3.2 MIGRAÑA

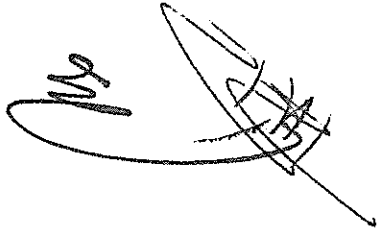
\$	Divalproex sodium ER tab. (500 mg)	Depakote ER
----	------------------------------------	-------------

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-CYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario

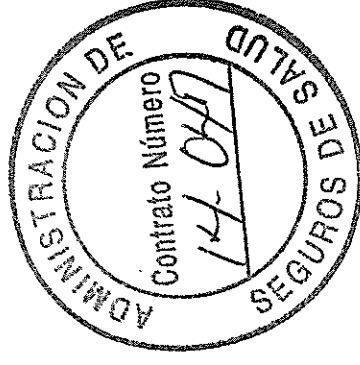


SALUD FÍSICA

\$	Ergotamine tartrate/ Caffeine tab.	Cafergot
\$	Sumatriptan tab.	Imitrex LC=6 tab.
\$\$	APAP/Butalbital/Caffeine tab., cap.	Fioricet
\$\$\$	Divalproex sodium ER tab. (500 mg)	Depakote ER P
\$\$\$	Ergotamine tartrate/ Caffeine supp.	Cafergot
\$\$\$\$	Sumatriptan Nasal Spray	Imitrex Nasal Spray LC=6 inhalers
3.3 ANTICONVULSIVOS		
\$	Phenobarbital tab., elixir	
\$	Clonazepam tab.	Klonopin
\$	Carbamazepine tab.	Tegretol
\$	Carbamazepine chew tab.	Tegretol
\$	Phenytoin* chew tab., cap. susp.	Dilantin
\$	Valproic acid cap., syr.	Depakene
\$	Divalproex sodium EC tab., sprinkle cap.	Depakote
\$	Divalproex sodium ER tab. (500 mg)	Depakote ER



NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

\$\$	Primidone tab.	Mysoline	
\$\$	Carbamazepine susp.	Tegretol	
\$\$	Divalproex sodium EC tab., cap. sprinkle cap.	Depakote	P
\$\$	Zonisamide cap.	Zonegran	
\$\$	Carbamazepine ER tab.*	Tegretol XR	
\$\$	Gabapentin cap., tab.	Neurontin	
\$\$	Ethosuximide cap., syr.	Zarontin	
\$\$	Oxcarbazepine tab., susp.	Trileptal	
\$\$	Lamotrigine tab., chew disp. tab.	Lamictal, Lamictal CD	
\$\$	Topiramate tab., cap.	Topamax	
\$\$	Levetiracetam tab., sol.	Keppra	
\$\$\$	Divalproex sodium ER tab. (500 mg)	Depakote ER	P
\$\$\$	Gabapentin sol.	Neurontin	
\$\$\$\$	Tiagabine tab.	Gabitril	
3.4	ANTIVÉRTIGO Y ANTIÉMETICOS		
\$	Promethazine inj.	Phenergan	
\$	Metoclopramide syr., inj.	Reglan	
\$	Trimethobenzamide inj.	Tigan	

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratado (rebate)

Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

LC Limite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

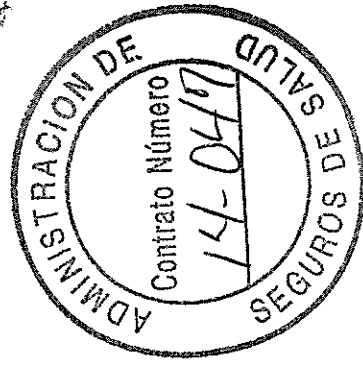
AL Limite de edad

OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

\$	Promethazine syr.	Phenergan
\$	Prochlorperazine tab.	Compazine
\$	Prochlorperazine inj.	Compazine inj.
\$	Metoclopramide tab.	Reglan
\$	Promethazine* tab.	Phenergan
\$	Ondansetron tab., ODT tab.	Zofran
\$\$	Trimethobenzamide cap., supp.	Tigan
\$\$	Promethazine supp.	Phenergan
\$\$\$	Prochlorperazine* supp.	Compazine
3.5	ANTIPARKINSON	
3.5.1	ANTICOLINÉRGICOS	
\$	Benztropine tab.	Cogentin
\$	Trihexyphenidyl HCl tab.	Artane
\$	Trihexyphenidyl HCl elixir	Artane
3.5.2	DOPAMINÉRGICOS	
\$	Selegiline tab.	Carbex
\$	Carbidopa/Levodopa tab.	Sinemet
\$	Carbidopa/Levodopa ER tab.	Sinemet CR

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratada (rebaté)

Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

LC Límite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

AL Límite de edad

OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario

M

[Handwritten signature]



SALUD FÍSICA

\$\$\$	Bromocriptine tab., cap.	Parlodel
3.5.3	AGONISTAS DEL RECEPTOR DE DOPAMINA	
\$	Pramipexole tab.	Mirapex
\$	Ropinirole tab.	Requip
3.5.4	AGENTES MISCELÁNEOS	
\$	Amantadine cap., syr.	Symmetrel
\$\$\$	Carbidopa/ Levodopa/ Entacapone tab.	Stalevo
3.6	AGENTES PSICOTRÓPICOS	
3.6.1	ANTIDEPRESIVOS	
3.6.1.1	TRICÍCLICOS	
\$	Amitriptyline tab.	Elavil
\$	Nortriptyline cap., sol.	Pamelor, Aventyl
\$	Doxepin cap., conc.	Sinequan
\$	Clomipramine cap.	Anafranil
\$	Imipramine HCl tab.	Tofranil
\$	Desipramine tab.	Norpramin
3.7	ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS	
3.7.1	BENZODIAZEPINAS	
\$	Clonazepam tab.	Klonopin

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratado (rebate)

Negrilla (**Bold**) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

Negrilla (**Bold**)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

LC Límite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

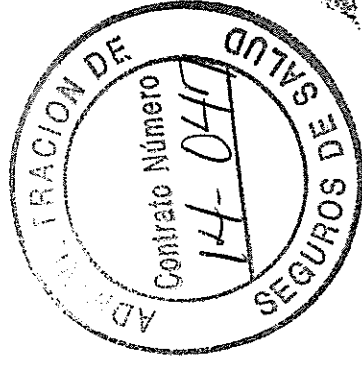
AL Límite de edad

OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

VIIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

\$	Flurazepam cap.	Dalmane
\$	Temazepam* cap.	Restoril
\$	Chlordiazepoxide cap.	Librium
\$	Estazolam tab.	ProSom
\$	Clorazepate tab.	Tranxene
\$	Lorazepam tab.	Ativan
\$	Alprazolam tab. (excepto dosis 2mg)	Xanax
\$	Diazepam tab.	Valium
\$\$	Oxazepam cap.	Serax
\$\$	Midazolam inj.	Versed LC=5mg/30días

3.8 AGENTES SNC Y MISCELÁNEOS

\$	Ergoloid mesylate cap.	Hydergine LC
\$\$	Disulfiram tab.	Antabuse PA
\$\$\$	Ergoloid mesylate liq.	Hydergine
\$\$\$	Pyridostigmine tab.	Mestinon
\$\$\$	Pyridostigmine CR tab.	Mestinon Timespan
\$\$\$	Ergoloid mesylate tab.	Hydergine
\$\$\$	Ergoloid mesylate SL tab.	Hydergine SL
\$\$\$\$	Neostigmine tab.	Prostigmin

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (**Bold**) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (**Bold**)* Algunas presentaciones del medicamentos no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

\$\$\$	Pyridostigmine syr.	Mestinon
3.9 ALZHEIMER		
\$\$	Rivastigmine cap., sol.	Exelon
\$\$\$	Donepezil tab., ODT	Aricept
\$\$\$\$	Memantine tab., sol.	Namenda
\$\$\$\$	Rivastigmine patch	Exelon patch
4.0 AGENTES DERMATOLÓGICOS		
4.1 CORTICOSTEROIDES TÓPICOS		
4.1.1 CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DE MUY ALTA POTENCIA		
\$	Clobetazol cr., oint. (0.05%)	Temovate
\$	Augmented betamethasone dipropionate oint. (0.05%)	Diprolene
\$	Clobetazol gel (0.05%)	Temovate
\$\$	Clobetazol sol. (0.05%)	Temovate
4.1.2 CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DE ALTA POTENCIA		
\$	Betamethasone dipropionate cr., oint., lot. (0.05%)	Diprosone
\$	Triamcinolone acetonide cr., oint. (0.5%)	Kenalog
\$	Fluocinonide cr., oint., gel, sol. (0.05%)	Lidex

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones de medicamentos no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

4.1.3 CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DE MEDIANA POTENCIA

\$	Triamcinolone acetonide cr., oint. (0.1%)	Kenalog
\$	Fluocinolone acetonide cr., oint. (0.025%)	Synalar
\$	Betamethasone valerate cr., oint., lot. (0.1%)	Valisone
\$	Mometasone furoate oint. (0.1%)	Elocon
\$	Desoximetasone gel (0.05%)	Topicort
\$\$	Triamcinolone acetonide lot. (0.1%)	Kenalog

4.1.4 CORTICOSTEROIDES TÓPICOS DE BAJA POTENCIA

\$	Desonide cr., oint, lot. (0.05%)	Desowen
\$	Hydrocortisone cr., oint. (≥ 2%)	
\$	Fluocinolone acetonide cr., sol. (0.01%)	Synalar
\$\$	Hydrocortisone lot. (≥ 2%)	

4.2 TERAPIA PARA EL ACNÉ

\$	Erythromycin topical sol. (2%)	
\$	Clindamycin sol. (1%)	Cleocin T sol.
\$	Erythromycin gel (2%)	EryGel
\$\$	Tretinoin gel (0.01%, 0.025%)	Retin A AL<21 años
\$\$	Tretinoin cr. (0.025%, 0.05%, 0.1%)	Retin A AL<21 años

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratado (rebate)

Negrilla (**Bold**) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

Negrilla (**Bold**)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

LC Límite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

AL Límite de edad

OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

VIIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario

[Handwritten signature]



SALUD FÍSICA

\$\$\$ Isotretinoin cap. (10mg, 20mg, 40mg) Accutane, Sotret, Claravis, Amnesteem

4.3 ANTIPSORIÁTICOS TÓPICOS

\$\$\$\$ Tazarotene cr., gel Tazorac P

4.4 ANTIMICÓTICOS TÓPICOS

\$ Nystatin oint. Mycostatin

\$ Clotrimazole cr., sol. (1%) Varios OTC

\$ Miconazole nitrate powder, tincture (2%) Varios OTC

\$ Ketoconazole cr., shampoo (2%) Nizoral

4.5 ANTIBACTERIANOS TÓPICOS

\$ Gentamicin cr., oint. Garamycin

\$ Silver sulfadiazine cr. Silvadene

\$\$ Mupirocin oint. Bactroban

4.6 ESCABICIDAS

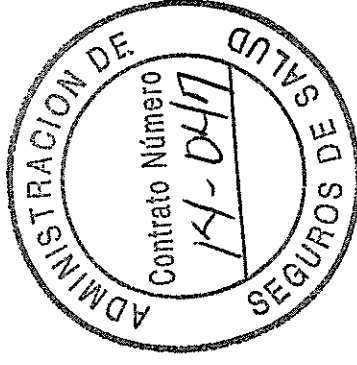
\$ Permethrin cr. (5%) Elimite LC = 60gm
Acticin NF

\$\$\$\$ Lindane lot. (1%) ST, LC = 60cc

4.7 AGENTES TÓPICOS MISCELÁNEOS

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrita (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario

ms



SALUD FÍSICA

\$	Selenium sulfide shampoo 2.5%	Selsun
\$\$\$	Anthralin cr. (0.5%)	Drithocream
\$\$\$	Fluorouracil sol. (2%, 5%)	Efudex
\$\$\$\$	Fluorouracil cr. (5%)	Efudex
\$\$\$\$	Calcipotriene cr. (0.005%)	Dovonex
4.8 TERAPIA PARA ROSÁCEA		
\$\$	Sulfacetamide/Sulfur cr., lot, emulsion	Sulfacet - R
\$\$\$	Metronidazole cr., gel, lot. (0.75%)	MetroCream, MetroGel, MetroLotion
\$\$\$	Sulfacetamide/Sulfur susp.	Sulfacet-R
4.9 AGENTES DERMATOLÓGICOS ORALES		
\$\$\$\$	Methoxsalen cap.	OxSORalen
\$\$\$\$\$	Acitretin cap.	Soriatane P
4.10 ANTIPSORIÁTICOS MISCELÁNEOS		
4.10.1 ANTAGONISTAS TNF		
\$\$\$\$\$!	Adalimumab inj.	Humira PA, P Humira Pen PA, P
\$\$\$\$\$!	Etanercept inj.	Enbrel PA, P
5.0 MEDICAMENTOS PARA EL OÍDO, LA NARÍZ Y LA GARGANTA		

[Handwritten signature]

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

5.1 PREPARACIONES ÓTICAS

\$	Hydrocortisone/Neomycin/ Polymixin B otic sol., susp.	Cortisporin
\$	Burrow's (Acetic acid 2%/ Aluminum acetate) otic sol.	Domeboro
\$\$	Ofloxacin otic sol.	Floxin Otic Floxin Otic Singles NF
\$\$	Acetic acid otic sol.	Vosol
\$\$	Acetic acid/ Hydrocortisone otic sol.	Vosol-HC

5.2 AGENTES PARA LA BOCA Y GARGANTA

\$	Chlorhexidine gluconate sol. (0.12%) Peridex	
\$	Lidocaine viscous sol.	Xylocaine
\$	Hydrocortisone acetate dental paste	Orabase
\$\$	Clotrimazole troche	Mycelex

6.0 GASTROENTEROLOGÍA

6.1 AGENTES PARA ÚLCERAS

6.1.1 ANTAGONISTAS H₂

\$	Ranitidine tab. (300mg)	Zantac
\$	Cimetidine tab., sol.	Tagamet
\$\$	Ranitidine syr.	Zantac

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratado (rebate)

Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamentos no están disponibles en genérico

LC Limite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

AL Limite de edad

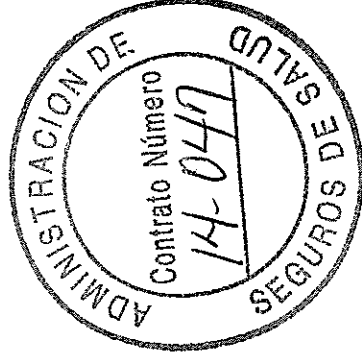
OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario

[Handwritten signature]



SALUD FÍSICA
6.1.2 INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES

\$ Omeprazole cap.
 (10mg, 20mg) Prilosec

6.1.3 AGENTES ÚLCERAS MISCELÁNEOS

\$ Sucralfate tab. Carafate

\$\$\$ Sucralfate susp. Carafate

\$\$\$\$ Misoprostol tab. Cytotec

6.2 ANTIDIARRÉICOS

\$ Diphenoxylate/ Atropine
 tab., liq. Lomotil

6.3 ANTIESPASMÓDICOS

\$ Dicyclomine tab., cap. Bentyl

\$ Dicyclomine syr. Bentyl

6.4 AGENTES GASTROINTESTINALES MISCELÁNEOS

6.4.1 AGENTES GASTROINTESTINALES

\$ Sulfasalazine tab. Azulfidine

\$\$ Sulfasalazine EC tab. Azulfidine EN

\$\$\$\$ HC retention enema Colocort, Hydrocort

\$\$\$\$ Mesalamine EC tab. Asacol HD P

\$\$\$\$ Mesalamine DR cap. Delzicol P

\$\$\$\$ Olsalazine cap. Dipentum

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratado (rebate)

Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamentos no están disponibles en genérico

LC Límite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

AL Límite de edad

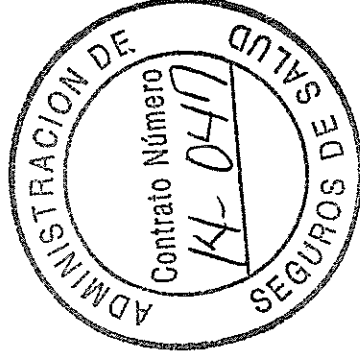
OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario

ms

SALUD FÍSICA

\$\$\$\$	Mesalamine supp.	Canasa
\$\$\$\$	Mesalamine CR cap.	Pentasa P
\$\$\$\$	Budesonide cap.	Entocort EC PA
\$\$\$\$	Mesalamine enema	Rowasa

6.4.2 ACIDOS BILIARES

\$\$\$	Ursodiol cap. (300 mg)	Actigall
--------	------------------------	----------

6.4.3 DIGESTIVOS

\$\$	Pancreatic enzymes	Creon P
\$\$	Pancreatic enzymes*	

6.4.4 OTROS

\$	Hydrocortisone rectal cr. (2.5%)	Anusol-HC
\$\$	Hydrocortisone acetate/ Pramoxine rectal cr.	Analpram-HC
\$\$\$	Hydrocortisone acetate/ Pramoxine rectal foam	Proctofoam HC
\$\$\$\$	Cromolyn conc.	Gastrocrom

[Handwritten signature]

7.0 AGENTES ENDOCRINOLÓGICOS

7.1 TERAPIA DE DIABETES

7.1.1 AGENTES HIPOGLICÉMICOS

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

7.1.1.1 SULFONILUREAS

\$	Glyburide micronized tab.	Genérico solamente
\$	Glipizide tab.	Glucotrol
\$	Glipizide XL tab.	Glucotrol XL
\$	Glyburide tab.	Genérico solamente
\$	Glimepiride tab.	Amaryl

7.1.1.2 INHIBIDORES DE LA ALFA GLUCOSIDASA

\$\$\$	Acarbose tab.	Precose
--------	---------------	---------

7.1.1.3 TIAZOLIDINEDIONAS

\$\$\$	Pioglitazone tab.	Actos
--------	-------------------	-------

7.1.1.4 INHIBIDORES DPP IV

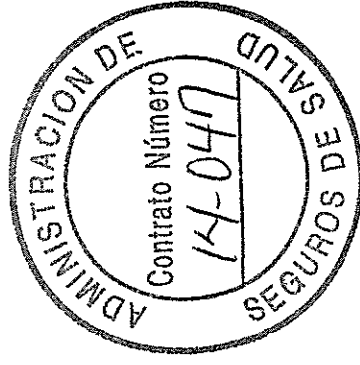
\$\$\$	Saxagliptin tab.	Onglyza	ST, P
\$\$\$	Saxagliptin/Metformin tab.	Kombiglyze	ST, P

7.1.1.5 INSULINA

\$	Human insulin (regular, NPH, 70/30, lente) vial	Humulin Humulin Pen	P NF
\$\$\$	Insulin lispro vial	Humalog Humalog Mix Humalog Pen	P NF NF
\$\$\$	Insulin glargine vial	Lantus Lantus Solostar	P P

[Handwritten signature]

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

7.1.1.6 OTROS

\$	Insulin syringe & needle	Varios
\$	Mefformin tab.	Glucophage
\$	Mefformin XR tab.	Glucophage XR

7.1.2 AGENTES HIPERGLICÉMICOS

\$\$ Glucagon inj.

7.2 TIROIDE

7.2.1 AGENTES ANTI TIROIDEOS

\$	Propylthiouracil tab.	
\$\$	Methimazole tab.	Tapazole

7.2.2 HORMONAS TIROIDEAS

\$	Levo-thyroxine tab.	Varios
\$	Levo-thyroxine tab.	Synthroid P

7.3 CORTICOSTEROIDES

\$	Dexamethasone sodium phosphate inj.	OB-GYN
\$	Prednisone tab.	Deltasone
\$	Dexamethasone tab.	Decadron
\$	Methylprednisolone* tab.	Medrol

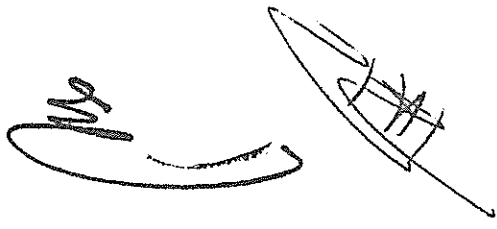
NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contactado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

\$	Prednisolone syrup	Prelone	
\$	Triamcinolone acetonide inj.	Kenalog, Aristocort Forte Aristospan	NF
\$	Hydromorphone * tab., sol.	Cortef	
\$	Cortisone acetate tab.		
\$	Fludrocortisone acetate tab.	Florinef	
\$	Dexamethasone elixir, syrup, sol.	Decadron	
\$\$	Betamethasone acetate & sodium phosphate inj.	Celestone Soluspan	OB-GYN
7.4	HORMONAS DE CRECIMIENTO		
\$\$\$\$	Somatropin inj.	Omnitrope	PA, P
7.5	AGENTES ENDOCRINOLÓGICOS MISCELÁNEOS		
7.5.1	ANDRÓGENOS		
\$\$\$	Testosterone cypionate* in oil inj.	Depo-Testosterone	
7.5.2	AGENTES ANTIHIPERPROLACTINEMIA		
\$\$\$\$	Cabergoline tab.	Dostinex	
7.5.3	OTROS		
\$\$\$	Desmopressin acetate nasal sol. (0.01%)	DDAVP	

ms



NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA			
\$\$\$	Etidronate disodium tab.	DidroneI	PA
\$\$\$\$	Desmopressin acetate nasal spray sol. (0.01%)	DDAVP	
\$\$\$\$	Desmopressin acetate tab.	DDAVP	
\$\$\$\$\$	Desmopressin acetate inj. (4mcg/ml vial, ampolleta)	DDAVP	
\$\$\$\$\$!	Desmopressin acetate nasal spray sol. 1.5 mg/ml	Stimate	
\$\$\$\$\$!!	Octreotide acetate* inj.	Sandostatin Sandostatin LAR	PA PA

8.0 SISTEMA MUSCULOESQUELETAL Y REUMATOLOGÍA

8.1 ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES

\$	Ibuprofen tab. (≥400mg)	Motrin (≥400mg)	OTC son NF
\$	Naproxen tab.	Naprosyn	
\$	Indomethacin cap.	Indocin	
\$	Salsalate tab.	Disalcid	
\$	Sulindac tab.	Clinoril	
\$\$	Naproxen EC tab.	EC-Naprosyn	
\$\$	Naproxen sodium tab.	Anaprox, Anaprox DS Naprelan	DS NF
\$\$	Nabumetone tab.	Relafen	
\$\$\$\$	Indomethacin ER cap.	Indocin SR	

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratado (rebate)

Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

Negrilla (Bald)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

LC Límite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

AL Límite de edad

OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario





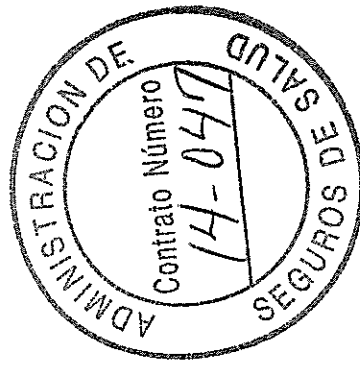
SALUD FÍSICA

	\$\$\$\$ Celecoxib cap.	Celebrex	ST, P
8.2	GOTA		
	\$ Colchicine tab.	Colcrys	
	\$ Allopurinol tab.	Zyloprim	
	\$ Probenecid tab.	Benemid	
8.3	RELAJANTES MUSCULARES		
	\$ Cyclobenzaprine tab. (10mg)	Flexeril	
	\$ Diazepam* tab., sol., conc.	Valium	
	\$ Baclofen tab.	Lioresal	
	\$\$ Dantrolene cap.	Dantrium	
8.4	ANTAGONISTAS DE TNF		
	\$\$\$\$\$! Adalimumab inj.	Humira, Humira Pen	PA, P PA, P
	\$\$\$\$\$! Etanercept inj.	Enbrel	PA, P
8.5	AGENTES REUMATOLÓGICOS MISCELÁNEOS		
	\$ Methotrexate* tab.	Rheumatrex	
	\$ Penicillamine cap.	Cuprimine	
	\$\$\$ Azathioprine tab.	Imuran	
	\$\$\$\$\$ Aurothioglucose inj.	Solganal	PA

M



NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrita (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrita (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario




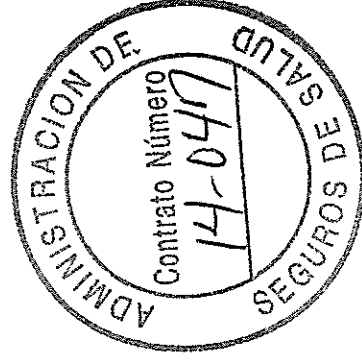
	\$\$\$\$\$	Auranofin cap.	SALUD FÍSICA	Ridaura	PA
9.0			OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA		
9.1			VITAMINAS PRENATALES		
	\$	Vitaminas prenatales con hierro y ácido fólico		Genérico solamente	OB-GYN
9.2			AGENTES BIOLÓGICOS		

Rho Gam- Segunda dosis (post parto).
 (El Departamento de Salud cubre la primera dosis en farmacias seleccionadas - Programa de Madres y Niños.)

9.3			ESTRÓGENO Y PROGESTINA		
9.3.1	ESTRÓGENO				
	\$	Estradiol tab.			
	\$	Estropipate tab.			
	\$\$	Conjugated estrogens tab. (0.3mg, 0.625mg, 0.9mg, 1.25mg, 2.5mg)		Premarin	P
9.3.2	ESTRÓGENOS EN COMBINACIÓN				
	\$\$	Conjugated estrogen/ Medroxyprogesterone tab. (0.625/2.5mg, 0.625/5mg)		PremPro PremPro Low Dose NF	P
	\$\$\$	Estradiol/Norethindrone acetate tab.		Activella	
9.3.3	PROGESTERONA				

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario

ms

SALUD FÍSICA

acetate tab.

9.3.4 CONTRACEPTIVOS ORALES

Disponibles a través del Departamento de Salud

PA-AUB

9.4 AGENTES TÓPICOS

9.4.1 ESTRÓGENOS VAGINALES

\$\$ Conjugated estrogens vaginal cr. Premarin P
Vaginal cream

\$\$ Estradiol vaginal tab. Vagifem

9.4.2 ANTIINFECTIVOS VAGINALES

\$\$ Terconazole* vaginal cr., sup. Terazol - 3,
Terazol - 7

\$\$\$ Clindamycin phosphate vaginal* cr., supp. Cleocin

\$\$\$ Metronidazole vaginal gel (0.75%) Vandazole

9.5 AGENTES MISCELÁNEOS

9.5.1 OSTEOPOROSIS

\$\$ Alendronate tab. (incluye Fosamax
dosificación semanal)

\$\$\$ Risedronate tab. Actonel P

10.0 NUTRIENTES, VITAMINAS Y TERAPIA DE COAGULACIÓN

10.1 NUTRIENTES Y VITAMINAS

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratado (rebate)

Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico

LC Limite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

AL Limite de edad

OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

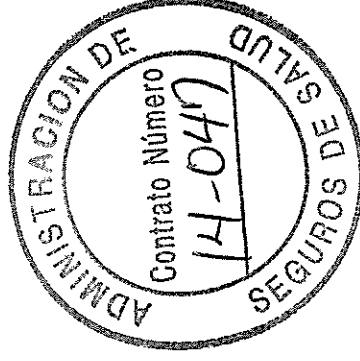
VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario

32

SALUD FÍSICA 2013-2014



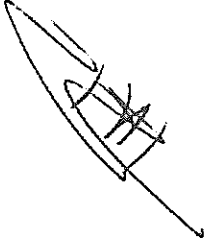
SALUD FÍSICA

10.1.1 NUTRIENTES

\$	Potassium chloride CR tab.	Klor-Con
\$	Potassium chloride* CR cap.	Kay-Ciel/ Kaon Cl
\$	Potassium chloride* packs	Klor-Con
\$\$	Potassium chloride* sol.	Kay-Ciel/ Kaon Cl
\$\$	Levocarnitine tab. (330mg), sol.	Camitor
\$\$	Iron dextran inj.	Infed

10.1.2 VITAMINAS

\$	Phytonadione tab.	Mephytoin	OTC
\$	Vitamin D tab., cap.	Varios	OTC
\$	Ferrous sulfate tab. (325 mg)		
\$	Acido fólico tab. (1 mg)	Vit B-12 inj.	
\$	Cyanocobalamin inj.		
\$	Leucovorin inj.		
\$\$	Ergocalciferol inj.	Calciferol	
\$\$	Calcitriol cap.	Rocaltrol	
\$\$	Leucovorin tab.		

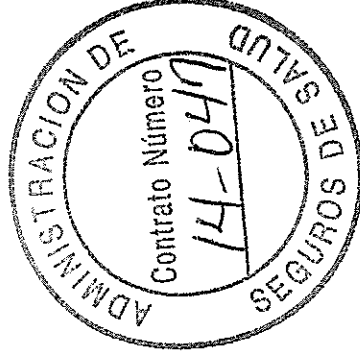



10.2 TERAPIA DE LA COAGULACIÓN

10.2.1 ANTICOAGULANTES

\$ Heparin* inj.

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

\$	Warfarin tab.	Coumadin	
\$\$\$\$	Enoxaparin inj.	Lovenox	PA
10.2.2 ANTIPLAQUETARIOS			
\$	Aspirin tab., EC tab. (81mg, 325mg)	Varios (Suplido de 90 días por receta)	OTC
\$	Clopidogrel tab.	Plavix	
\$\$\$	Prasugrel tab.	Effient	PA, P
\$\$\$\$	Dipyridamole/ ASA cap.	Aggrenox	
10.2.3 AGENTES ANTIHEMOFÍLICOS			
\$\$\$\$\$!!	Factor IX Complex for inj.		PA
\$\$\$\$\$!!	Antihemophilic factor VIII (human) for inj.	Hemofil M	PA, P
\$\$\$\$\$!!	Antihemophilic factor VIII recombinant inj.	Kogenate Recombinate Advate Xyntha	PA, P PA, P PA, P PA, P
\$\$\$\$\$!!	Coagulation factor IX inj.		PA
\$\$\$\$\$!!	Antihemophilic factor VWF (human) inj.		PA
\$\$\$\$\$!!	Coagulation factor IX recombinant inj.	Benefix	PA, P
\$\$\$\$\$!!	Coagulant factor VIIA recombinant inj.		PA
\$\$\$\$\$!!	Antiinhibitor coagulant		PA

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC.Limite en la cantidad a despachar
 ST- Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL.Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA
complex inj.

10.2.4 AGENTES PARA LA CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

\$	Pentoxifyline tab.	Trental
\$	Cilostazol tab.	Pletal

11.0 ANTÍDOTOS

\$\$	Sodium polytyrene/ sulfonate powder, susp.	Kayexalate Kionex
\$\$	Calcium acetate cap.	Phoslo
\$\$\$\$	Sevelamer carbonate tab., powder	Renvela
\$\$\$\$	Cinacalcet tab.	Sensipar

12.0 AGENTES RESPIRATORIOS

12.1 ANTIHISTAMÍNICOS

12.1.1 ANTIHISTAMÍNICOS

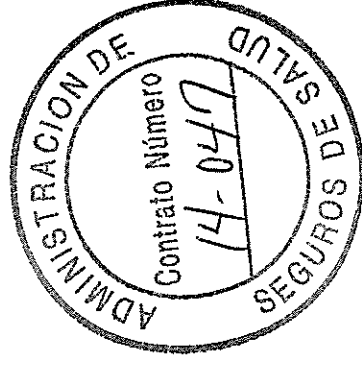
\$	Diphenhydramine cap. (50mg)	Benadryl	OTC son NF
\$	Hydroxyzine pamoate cap.	Vistaril	
\$	Hydroxyzine* HCl tab., syr.	Atarax	

12.1.2 ANTIHISTAMÍNICOS NO SEDANTES

\$	Loratadine OTC tab., syr.	Claritin	OTC
----	---------------------------	----------	-----

12.2 ESTEROIDES INTRANASALES

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (**Bold**) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (**Bold**)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

\$\$	Fluticasone nasal susp.	Flonase	
12.3	OTROS		
\$	Cromolyn nasal sol.	Nasal crom	OTC
12.4	AGENTES PARA EL ASMA		
12.4.1	BRONCODILATADORES		
12.4.1.1	XANTINAS		
\$	Theophylline sol.		
\$	Theophylline SR 12hr tab.	Theo-Dur	
\$	Theophylline elixir	Aerolate, Elixophylline	
\$	Theophylline* SR cap., CR cap.	Slo-BID Gyro, Theo - 24, Theocap, Theo-Dur SPR	
\$\$	Theophylline* SR 24hr tab.	Uniphyll	
\$\$\$	Theophylline tab.	Theolair	
12.4.1.2	AGONISTAS BETA ORALES		
\$	Albuterol tab., syr.	Ventolin, Proventil	
	Albuterol CR tab.	Volmax Proventil Repetabs	NF NF
\$	Terbutaline tab.	Brethine	

12.4.1.3 AGONISTAS BETA INHALADOS

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

S	Albuterol inh. sol.	Genérico Solamente
\$\$	Albuterol HFA inh.	ProAir HFA P Ventolin HFA P Proventil HFA NF
\$\$	Levalbuterol inh.	Xopenex HFA P
\$\$\$	Formoterol inh.	Foradil P
\$\$\$\$	Salmeterol inh., diskus	Serevent

12.4.1.4 ANTICOLINÉRGICOS

S	Ipratropium Br inh. sol.	Genérico Solamente
\$\$\$	Ipratropium Br inh.	Atrovent HFA
\$\$\$	Tiotropium inhalation powder	Spiriva PA

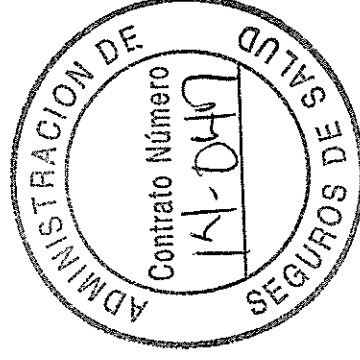
12.4.1.5 CORTICOSTEROIDES INHALADOS

\$\$	Beclomethasone inh.	Qvar P
\$\$\$	Fluticasone inhalation powder	Flovent HFA P Flovent Diskus P
\$\$\$\$	Budesonide inh. susp. (respules)	Pulmicort

12.4.1.6 AGENTES EN COMBINACIÓN

\$\$\$	Albuterol / Ipratropium bromide inh.	Combivent ST
\$\$\$\$	Fluticasone / Salmeterol powder	Advair Diskus ST, P Advair HFA ST, P

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratada (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA
12.4.1.7 AGENTES MISCELÁNEOS

\$	Montelukast tab., chew tab.	Singular
\$	Cromolyn sodium inh. sol.	Intal
\$\$\$	Cromolyn inh.	Intal inh.

12.5 ANTITUSIVOS Y EXPECTORANTES

\$	Codeine / Guaifenesin liq., syr.	Genérico solamente
----	----------------------------------	--------------------

13.0 AGENTES OFTÁLMICOS

13.1 ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS

\$	Gentamicin ophth. sol.	Garamycin
\$	Erythromycin ophth. oint.	
\$	Tobramycin ophth. sol.	Tobrex
\$	Bacitracin ophth. oint.	Bacitracin
\$	Sodium sulfacetamide ophth. sol. (10%)	Bleph 10
\$	Trimethoprim/Polymyxin B ophth. sol.	Polytrim
\$	Sodium sulfacetamide ophth. oint. (10%)	
\$	Ofloxacin ophth. sol.	Ocuflox
\$	Gentamicin ophth. oint.	Garamycin
\$	Ciprofloxacin ophth. sol.	Ciloxan

NF No-formulario

PA Requiere preautorización

P Producto de marca contratado (rebate)

Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones

LC Limite en la cantidad a despachar

ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso

AL Limite de edad

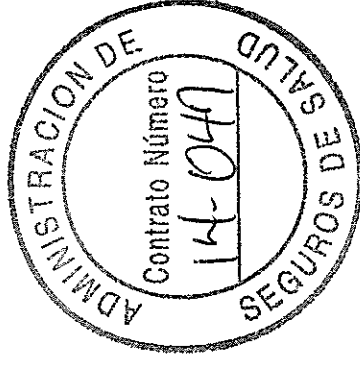
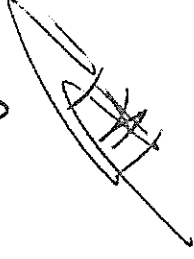
OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología

VIIH-SIDA Sólo en formulario VIIH-SIDA

OTC-Over the Counter

OTC-Over the Counter No-formulario

ms



SALUD FÍSICA

\$\$	Tobramycin ophth. oint.	Tobrex
\$\$	Ciprofloxacin ophth. oint.	Ciloxan
\$\$\$	Trifluridine ophth. sol.	Viroptic PA

13.2 ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS

13.2.1 CORTICOSTEROIDES

\$	Prednisolone acetate ophth. susp. (1%)	Pred Forte
\$	Fluorometholone ophth. susp. (0.1%)	FML Liquifilm
\$\$	Prednisolone phosphate ophth. sol. (1%)	Inflamase
\$\$	Fluorometholone acetate ophth. susp. (0.1%)	Eflone Flarex NF

ms

[Handwritten signature]

13.2.2 ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES

\$\$\$	Ketorolac ophth. sol.	Acular (máx 30 días en 365 días) Acular LS Acular PF NF
\$\$\$	Diclofenac ophth. sol.	Voltaren (máx 30 días en 365 días)

13.3 PRODUCTOS EN COMBINACIÓN

\$\$\$	Tobramycin/Dexamethasone ophth. susp.	Tobradex Tobradex oint. NF
--------	---------------------------------------	-------------------------------

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamentos no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



13.4 AGENTES PARA GLAUCOMA SALUD FÍSICA

13.4.1 MIÓTICOS

\$ Pilocarpine ophth. sol.

13.4.2 AGONISTAS ADRENÉRGICOS SELECTIVOS

\$ Brimonidine ophth. sol. (0.2%) Alphagan
Alphagan P NF

13.4.3 BETA BLOQUEADORES

\$ Timolol* ophth. sol. Timoptic
\$ Levobunolol ophth. sol. Betagan
\$ Betaxolol* ophth. sol. (0.5%) Betoptic
Betoptic S NF
\$ Timolol XE ophth. gel Timoptic-XE

13.4.4 INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA

\$ Dorzolamide ophth. sol. Trusopt Plus
\$ Brinzolamide ophth. susp. Azopt P

13.4.5 PROTAGLANDINAS

\$ Latanoprost ophth. sol. Xalatan
\$\$ Bimatoprost ophth. sol. Lumigan ST, P
\$\$ Travaprost ophth. sol. Travatan Z ST, P

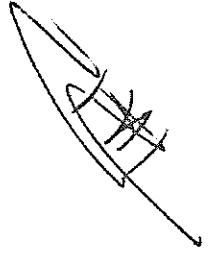
13.5 AGENTES OFTÁLMICOS MISCELÁNEOS

\$ Atropine ophth. sol., oint. Iso-Atropine

NF No-formulario
PA Requiere preautorización
P Producto de marca contratado (rebate)
Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
LC Límite en la cantidad a despachar
ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
AL Límite de edad
OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
OTC-Over the Counter
OTC-Over the Counter No-formulario



ms



SALUD FÍSICA

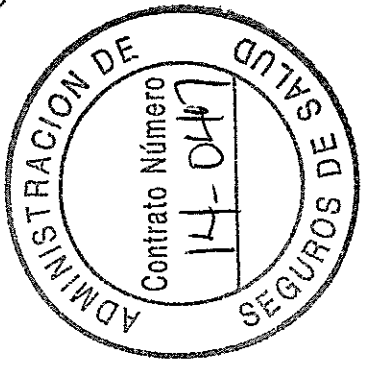
- 14.0 UROLOGÍA
- 14.1 ANTIESPASMÓDICOS
 - \$ Oxybutynin tab. Ditropan XL NF
 - \$\$ Oxybutynin syr. Ditropan
- 14.2 ANESTÉSICOS
 - \$ Phenazopyridine tab. (100 mg, 200 mg) Pyridium LC= 6 tab.
- 14.3 AGENTES UROLÓGICOS MISCELÁNEOS
 - \$ Methenamine-hyosciaminemethylene blue-sod biphosphenyl salicylate tab. 81.6 mg Urin D/S, Uretron D/S
 - \$\$ Finasteride tab. (5 mg) Proscar
- 15.0 CÁNCER

Se cubrirán bajo la cubierta de farmacia sólo las presentaciones orales de los productos de cáncer según se detallan a continuación. Otras presentaciones se cubrirán a través de las clínicas ambulatorias de quimioterapia.

 - 15.1 ANTIMETABOLITOS
 - \$\$ Methotrexate tab. Purinethol
 - \$\$\$ Mercaptopurine tab. Purinethol
 - \$\$\$ Thioguanine tab. Purinethol
 - \$\$\$\$\$ Capecitabine tab. Xeloda PA

15.2 AGENTES ALQUILANTES

- NF No-formulario
- PA Requiere preautorización
- P Producto de marca contratado (rebate)
- Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
- Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
- LC Límite en la cantidad a despachar
- ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
- AL Límite de edad
- OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
- VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
- OTC-Over the Counter
- OTC-Over the Counter No-formulario

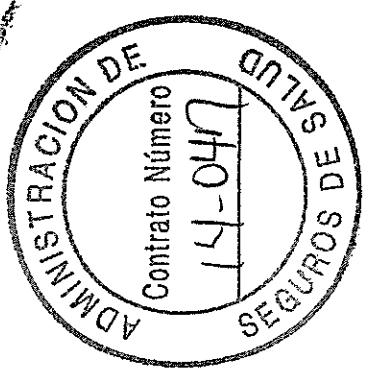


SALUD FÍSICA

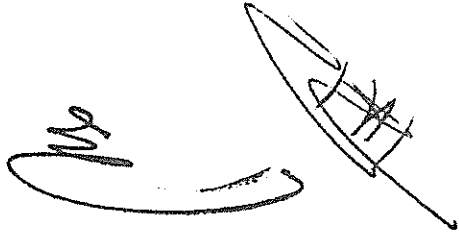
\$\$	Lomustine cap.	CEENU
\$\$\$\$	Busulfan tab.	Myleran
\$\$\$\$\$	Melphalan tab.	Alkeran
\$\$\$\$\$!	Cyclophosphamide tab.	Cytosan
\$\$\$\$\$!	Chlorambucil tab.	Leukeran
\$\$\$\$\$!!	Temozolamide cap.	Temodar
\$\$\$\$\$!!	Procarbazine cap.	Matulane
15.3	ANDRÓGENOS, ESTRÓGENOS, PROGESTINAS	PA
15.3.1	PROGESTINAS	
\$\$\$	Megestrol acetate tab., susp.	Megace
\$\$\$\$	Medroxyprogesterone acetate inj. (400 mg)	Depo-Provera
15.3.2	ANTIANDRÓGENOS	
\$\$	Bicalutamide tab.	Casodex
\$\$	Flutamide cap.	Eulexin
15.3.3	CÁNCER DE MAMA	
15.3.3.1	ANTIESTRÓGENOS	
\$	Tamoxifen tab.	Nolvadex
15.3.3.2	INHIBIDORES DE LA AROMATASA	

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (**Bold**) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (**Bold**) * Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario

Ms



ps



SALUD FÍSICA

\$ Letrozole tab. Femara
 \$ Anastrozole tab. Arimidex
 \$\$\$ Exemestane tab. Aromasin

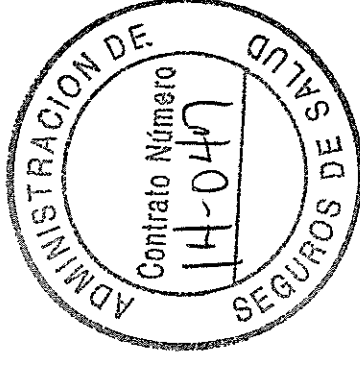
15.3.4 HORMONAS

\$\$\$\$\$!! Estramustine cap. Emeyt

15.4 AGENTES DE CÁNCER MISCELÁNEOS

\$\$\$ Hydroxyurea cap. Hydrea
 \$\$\$ Leuprolide inj. (todas las presentaciones) Eligard PA, P
 \$\$\$\$ Leuprolide inj. (todas las presentaciones) Lupron Depot PA, P
 \$\$\$\$! Etoposide cap. Vepesid
 \$\$\$\$! Dasatinib tab. Sprycel PA, P
 \$\$\$\$! Sunitinib cap. Sutent PA, P
 \$\$\$\$! Sorafenib tab. Nexavar PA, P
 \$\$\$\$! Nilotinib Tasigna PA, P
 \$\$\$\$! Everolimus tab. Afinitor PA, P
 \$\$\$\$\$!! Goserelin implant Zoladex PA
 \$\$\$\$\$!! Mitotane tab. Lysodren
 \$\$\$\$\$!! Imatinib tab., cap. Gleevec PA

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

15.5 INMUNOSUPRESORES

\$\$\$\$	Azathioprine tab.	Imuran	PA, P
\$\$\$\$	Cyclosporine modified cap., sol.	Neoral	PA, P
\$\$\$\$	Cyclosporine modified cap., sol.	Genérico solamente Gengraf	PA NF
\$\$\$\$	Cyclosporine* cap., sol.	Sandimmune	PA
\$\$\$\$	Cyclosporine cap., sol.	Sandimmune	PA, P
\$\$\$\$!	Sirolimus tab., sol.	Rapamune	PA
\$\$\$\$!	Mycophenolate sodium tab.	Myfortic	PA, P
\$\$\$\$!	Mycophenolate mofetil tab., cap., liq.	CellCept	PA
\$\$\$\$!	Tacrolimus cap.	Prograf	PA

16.0 BIOTECNOLOGÍA

16.1 ESCLEROSIS MÚLTIPLE

\$\$\$\$!	Glatiramer acetate inj.	Copaxone	PA, P
\$\$\$\$!	Interferon beta-1A inj.	Ayonex	PA, P
\$\$\$\$!	Interferon beta-1B inj.	Extavia	PA, P
\$\$\$\$!	Mitoxantrone inj.	Novantrone	PA

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



Ms

[Handwritten signature]

SALUD FÍSICA

16.2 ESTIMULANTES ERITROIDES

\$\$\$\$ Darbepoetin alfa inj. PA, P
 \$\$\$\$\$ Epoetin alfa inj. PA, P

16.3 ESTIMULANTES MIELOIDES

\$\$\$\$\$! Sargramostim inj. PA, P
 \$\$\$\$\$!! Filgrastim inj. PA, P
 \$\$\$\$\$\$!! Pegfilgrastim inj. PA, P

16.4 INTERFERONAS

\$\$\$\$\$!! Interferon alfa-2B inj. PA
 \$\$\$\$\$\$!! Interferon Gamma-1B inj. PA

Revisado 05/22/2013

NF No-formulario
 PA. Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Limite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Limite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

PARTE III - APÉNDICE I
PRODUCTOS CON
LÍMITE DE CANTIDAD DE DESPACHO

Handwritten signature and a circular stamp with illegible text.

1. Antimicóticos

Producto	Nombre genérico	Límite
Lamisil	Terbinafine tab.	Máximo 12 semanas

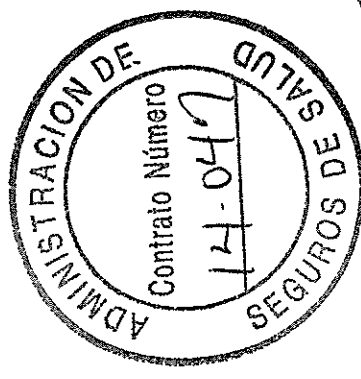
2. Triptanos (Agentes para migraña)

Producto	Nombre genérico	Límite
Imitrex	Sumatriptan nasal spray	Cantidad máxima en un periodo de 30 días = 6 inhaladores
Imitrex	Sumatriptan tab.	Cantidad máxima en un periodo de 30 días = 6 tabletas

3. Ansiolítico/Hipnótico

Producto	Nombre genérico	Límite
Versed	Midazolam inj.	Cantidad máxima en un periodo de 30 días = 5 mg

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Genérico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunas presentaciones del medicamento no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Stop therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



SALUD FÍSICA

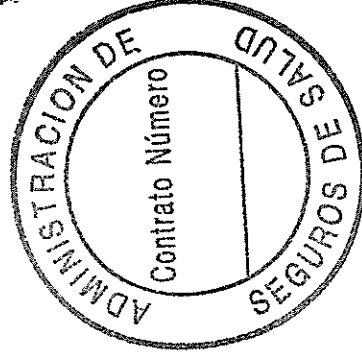
4. Escabidas

Producto	Nombre Genérico	Límite
Elimite	Permethrin cr. (5%)	Cantidad máxima en un periodo de 30 días = 60 gm
Lindane	Lindane lot. (1%)	Cantidad máxima en un periodo de 30 días = 60 cc

5. Anestésicos

Producto	Nombre genérico	Límite
Pyridium	Phenazopyridine tab.	Tratamiento máximo para tres días= 6 tabletas

NF No-formulario
 PA Requiere preautorización
 P Producto de marca contratado (rebate)
 Negrilla (Bold) Céntrico bioequivalente disponible en todas las presentaciones
 Negrilla (Bold)* Algunos presentaciones del medicamentos no están disponibles en genérico
 LC Límite en la cantidad a despachar
 ST: Step therapy, Protocolo clínico para su uso
 AL Límite de edad
 OB-GYN Sólo en formulario de Obstetricia Ginecología
 VIH-SIDA Sólo en formulario VIH-SIDA
 OTC-Over the Counter
 OTC-Over the Counter No-formulario



[Handwritten signature and scribbles]