

PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

Lista de Medicamentos por Excepción (LME)

2017

			Pre-
Therapoutic Category	Therapeutic Class	Drug Description	autorization
Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	[Pre-
(Categoria rerapeutica)	[clase rerapeutica]	[Descripcion de la broga]	autorización]
			Y=Yes
ADHD/ANTE:	Stimulants - Misc 🥍	- Modafini Oral Tablet 100	Y
TARCOLEPSY/ANTI-		¥ MG	
OBESITY/ANOREXIANTS			
ADHD/ANTI-	Stimulants - Misc.	Modafinil Oral Tablet 200	Υ
NARCOLEPSY/ANTI~		MG	
OBESITY/ANOREXIANTS			
ADHD/ANTI-	Stimulants - Misc.	Provigil Gral Tablet 100	eriky Y ak
NARCOLEPSY/ANTI-		MG	
OBESITY/ANOREXIANTS			
ADHD/ANTI-	Stimulants - Misc.	Provigil Oral Tablet 200	Υ
NARCOLEPSY/ANTI-		MG	
OBESITY/ANOREXIANTS	Monator / marchine and add 5 Am All Constitution of the Constituti		
ANALGESIES - ANTI-	:= Interleukin-1 == #	Kineret Subcutaneous 🐳	Y. 1
* INFLAMMATORY	Receptor Antagonist	Solution Prefilled Syringe:	
(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	· (IL-1Ra); · i	100 MG/0.67ML 🛴	
ANTHELMINTICS	ANTHELMINTICS	Albenza Oral Tablet 200	Υ
表示。1977年1日 1日 - 10日 - 1	- Anna de la company de la	MG	
ANTHELMINTICS	ANTHELMINTICS .	ু, vermedin:Oral Tablet 3 ং	talian Yakabar
		FACE PROMISE	
ANTHELMINTICS	ANTHELMINTICS	Stromectol Oral Tablet 3	Υ
CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF		MG	
ANTIDOTES AND SPECIFIC :	Antidotes 💥 🗏	-Exjade Oral Tablet Soluble -	
ANTAGONISTS	Chelating Agents	125 MG	
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes -	Exjade Oral Tablet Soluble	Υ
ANTAGONISTS	Chelating Agents	250 MG	
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes	Exjade Oral Tablet Soluble	
ANTAGONISTS	Chelating Agents	500 MG	esta ja k nera kokus e
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes -	Jadenu Oral Tablet 90 MG	. Υ
ANTAGONISTS	Chelating Agents	Jadenu Oral Tablet 180	var.
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes a Lig		
ANTAGONISTS	- Chelating Agents	Indony Oral Tablet 260	Y
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes -	Jadenu Orał Tablet 360 MG	Ť
ANTAGONISTS	Chelating Agents		
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1	* Aprepitant Oral Capsule 80 MG ***********************************	
		A DOUBLE OF	Tipo Car
	(NK1) Receptor		
	Antágonistál, —		

1.11.14.



			Pre-
		Day - Description	autorization
Therapeutic Category	Therapeutic Class	Drug Description	[Pre-
[Categoría Terapéutica]	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	autorización]
			Y=Yes
ANTIEMETICS	Substance	Aprepitant Oral Capsule	Y
7	P/Neurokinin 1	125 MG	
	(NK1) Receptor		
	Antagonists		
ANTIEMETICS	Substance	Emend Oral Capsule 80	Y
的是,因此以此,是自由的是一种的主要	P/Neurokinin 1	MG *	
	(NK1) Receptor *.		
	Antagonists	· 表示。在第二章 电子电路	
ANTIEMETICS	Substance	Emend Oral Capsule 125	Υ
, and a second	P/Neurokinin 1	MG	
	(NK1) Receptor		
	Antagonists		
ANTIEMETICS	Substance	Aprepitant Oral Capsule.	en en la y
	P/Neurokinin 1	40 MG	
	(NK1) Receptor		《美国报》
	Antágonists :		
ANTIEMETICS	Substance	Emend Oral Capsule 40	A
ANTIENETICS	P/Neurokinin 1	MG	
	(NK1) Receptor	***-	
	Antagonists	•	
ANTIEMETICS	Substance	Emend Oral Gapsule 80 &	y
	P/Neurokinin 1 =	125 MG 2	医二碘医二酰
	(NK1) Receptor		
	Antagonists	Spirit in the spirit from the spirit in the spirit	
ANTIEMETICS	Substance	Emend Oral Suspension	Υ
7,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	P/Neurokinin 1	Reconstituted 125 MG	
	(NK1) Receptor		
	Antagonists		
ANTIEMETICS	Substance	Aprepitant Oral Capsule	¥
	P/Neurokinin 1	* 80 & 125 MG	
	(NK1) Receptor		and Market St.
	Antagonists.		
ANTI-INFECTIVE AGENTS -	Antiprotozoal	Mepron Oral Suspension	Υ
MISC.	Agents	750 MG/5ML	
ANTI-INFECTIVE AGENTS	Antiprotozoal 😘	Atovaguone Oral 🦈 -	Y
MISC	4 Agents	Suspension 750 MG/5ML	
ANTINEOPLASTICS AND	Alkylating Agents	Cyclophosphamide Oral	Ý
ADJUNCTIVE THERAPIES		Capsule 25 MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Alkylating Agents	Cyclophosphamide Oral	. Ye
ADJUNCTIVE THERAPIES		Capsule 50 MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Novantrone Intravenous	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antibiotics	Concentrate 20 MG/10ML	

of the property of the State of

»H. 1.11.411.

STRINISTRACION OF ,我们就是**是**对我们的,只要是这个人就是这样的。 医乳血病 美国海绵 化二氯化钠 Contrato Número 15 - 08 4 PROUROS

	The constitution Class	Drug Description	Pre- autorization
Therapeutic Category	Therapeutic Class	[Descripción de la Droga]	[Pre-
[Categoría Terapéutica]	[Clase Terapéutica]	[Describeion de la proga]	autorización] Y=Yes
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic +	Mitoxantrone HCl	Y 6
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antiblotics	lntravenous Concentrate	
		25 MG/12:5ML	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Mitoxantrone HCl	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antibiotics	Intravenous Concentrate	
		20 MG/10ML	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Mitoxantrone HCI	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antibiotics, —	Intravenous Concentrate	
		30 MG/15ML	
ANTINEOPLASTICS AND	Antimetabolites	Tabloid Oral Tablet 40	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES		MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Rituxan Intravenous	
ADJUNCTIVE THERAPIES	 Antibodies 	Solution 100 MG/10ML	Y
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Rituxan Intravenous	r
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antibodies	Solution 500 MG/50ML	V
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic:	Erivedge Oral Capsule 150	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Hedgehog Rathway	The process of the second	
	Antinopplestic	Xtandi Oral Capsule 40	Υ
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic - Hormonal and	MG	'
ADJUNCTIVE THERAPIES	Related Agents	Mo	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Lysodren Oral Tablet 500	$\mathbf{y} \in \mathbf{y}$
ADJUNCTIVETHERAPIES	Hormonal and	MG	
ADJUNCTIVE TIED TO	Related Agents	Charles Market Comment	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Fareston Oral Tablet 60	γ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Hormonal and	MG	
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	Related Agents		
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic 📜	Sutent Oral Capsyle 37.5	is in Ya
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme inhibitors	≥ ∠*MG = k → b →	
ANTINEOPLASTICS AND	Antine oplastic	Votrient Oral Tablet 200	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Tykerb Oral Tablet 250/4	The Yallian
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MGZ	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Sutent Oral Capsule 12.5	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Sutent Oral Capsule 50	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG/25 MG/25 A	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Sutent Oral Capsule 25	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Tarcevá Oral Tablet 25 MG	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme inhibitors	E STATE OF THE STA	

A.H.M.

SHIMISTRACION OF Contrato Número

			Pre-
	-1	Dura Description	autorization
Therapeutic Category	Therapeutic Class	Drug Description	[Pre-
[Categoría Terapéutica]	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	autorización}
			Y=Yes
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Tarceva Oral Tablet 100	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Tarceva Oral Tablet 150	$\gamma = \gamma$
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Bosulif Oral Tablet 500	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Bosulif Oral Tablet 100	Ϋ́
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Afinitor Disperz Oral	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	Tablet Soluble 2 MG	the thought of the transfer of
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic 👉	Afinitor Disperz Oral	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	Tablet Soluble 3 MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Afinitor Disperz Oral	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	Tablet Soluble 5 MG	
ANTINEORLASTICS AND	- Antineoplastic	Tafinlar Oral Capsule 50	YE
* ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme inhibitors	,MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Tafinlar Oral Capsule 75	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEORIASTICS AND	Antineoplastic	- Mekmist Oral Tablet 0.5	Y .
a Adjunctive therapies	Enzyme Inhibitors	Facilities (MG) Notice 4	8 9 and 1 3 and
ANTINEOPLASTICS AND	Antine oplastic	Mekinist Oral Tablet 2	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	imbruvica Oral Capsule	3 Y
ADJUNCTIVE THERAPIES -	Enzyme inhibitors	140 MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Zelboraf Oral Tablet 240	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	- Antineoplastic	 Ibrance Oral Capsule 75 	Y_{i}
ADJUNCTIVE THERAPIES ***	Enzyme Inhibitors	.MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Ibrance Oral Capsule 100	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Ibrance Oral Capsule 125	726
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG AFFER 20	v
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Cotellic Oral Tablet 20	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Ninlaro Oral Capsule 2.3	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Ninlaro Oral Capsule 3	r
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	v
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Niniaro Oral Capsule 4	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	, Fig. 1. See MGx 1. S	

A.M.AM.

SINISTRACION OF . . . Contrato Número 15 - 08 CHOUROS

S			Pre-
Therapeutic Category	Therapeutic Class	Drug Description	autorization
[Categoría Terapéutica]	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	[Pre-
[Categoria rerapeditica]	[clase rerupeation]	[Beser/peloff de la brogaj	autorización]
			Y=Yes
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Benzisoxazoles	Risperdal Consta	Υ
AGENTS		Intramuscular Suspension	
	•	Reconstituted 12.5 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Benzisoxazoles	Risperdal Consta 🐇 🚣	Υ
AGENTS		Intramuscular Suspension	
		Reconstituted 37.5 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Benzisoxazoles	Risperdal Consta	Υ
AGENTS		Intramuscular Suspension	
1102.175		Reconstituted 50 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Benzisoxazoles	Risperdal Consta	Υ
AGENTS		Intramuscular Suspension	
		Reconstituted 25 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER	Υ
AGENTS	Diboniapino	Oral Tablet Extended	
AGENTS		Release 24 Hour 200 MG	
#ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	🖅 Dibenzapines 🚅	Ouetrapine Lumarate ER	γ.
AGENTS AGENTS	AGENTAL COL	Oral Tablet Extended. □	ar nga at bead
A STATE OF THE STA	A CONTRACTOR	Rejease 24 Hour 500 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER	Υ
AGENTS	Dipenzapines	Oral Tablet Extended	·
AGENTS		Release 24 Hour 400 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	≪Quetiapine Fumarate ER = 4	γ
AGENTS		. Oral Tablet Extended	
医乳腺性的 医甲基基基 的反应	el comment of the	Release 24 Hour 50 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER	Υ
AGENTS	D.D.D	Oral Tablet Extended	
Adelitis		Release 24 Hour 150 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	e Clozaril Oral Tablet 100	Y
AGENTS		MG & → W.	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Clozaril Oral Tablet 25 MG	Y
AGENTS	2 12 4api1100		
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines =	∴Clozapine Gral Tablet 100 -	Ϋ́
AGENTS		MGG.	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Clozapine Oral Tablet 25	Υ
AGENTS	z z z p z z	MG	
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	: Hepsera Oral Tablet 10:	Y 4
	transation in	MG 2	在在19 45年
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Adefovir Dipivoxil Oral	Υ
CIAITAUCE	Tiepacitio rigetto	Tablet 10 MG	
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	← Entecavir Oral Tablet 0.5	
		MG	
四本 三			ALTERNATION OF THE

Pre-

1.11.41.

SUMISTRACIONOR Contrato Número 15-0847 GUROS

/gr/			Pre-
			autorization
Therapeutic Category	Therapeutic Class	Drug Description	[Pre-
[Categoría Terapéutica]	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	autorización]
			Y=Yes
ANTIMIDALC	Hepatitis Agents	Entecavir Oral Tablet 1	Υ
ANTIVIRALS	Heharira vecino	MG	
	- Hepatitis Agents	Baraciude Oral Tablet 0.5	Y
ANTIVIRALS	- Nehatiria APCITO	MG MG	
[1] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1]	Hepatitis Agents	Baraclude Oral Tablet 1	Υ
ANTIVIRALS	Hebatitis Agents	MG	
	Glucocorticosteroid	Entocort EC Oral Capsule:	STORY A GIRLS
CORTICOSTEROIDS	GIUCOCOI (ICOSTE) OIG	Delayed Release Particles	
		3 MG	
	Glucocorticosteroid	Budesonide Oral Capsule	Υ
CORTICOSTEROIDS		Delayed Release Particles	,•
	S	3 MG	
		Tazorac External Gel 0:05	See Cay Color
DERMATOLOGICALS	- Antipsoriatics	1970 ac cate (initial actions)	
		Tazorac External Gel 0.1	Υ
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	%	•
		Tazorae External Gream	V V
- DERMATOLOGICAL'S	- Antipsoriatics -	0.05%	
		Tazorac External Cream	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	0.1%	•
		\$34 Orteo Subcutaneous	v. v. si
ENDOCRINE AND METABOLIC	Bone Density — "	Solution 600 MCG/2.4ML	
AGENTS MISC	Regulators	Reclast Intravenous	Υ
ENDOCRINE AND METABOLIC	Bone Density	Solution 5 MG/100ML	•
AGENTS - MISC.	Regulators	Zoledronic Acid	
ENDOCRINE AND METABOLIC	Bone Density	Intravenous Solution 5	
AGENTS - MISC.	Regulators	MG/100ML	
		Pamidronate Disodium	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC	Bone Density	Intravenous Solution 30	
AGENTS - MISC.	Regulators	MG/10ML	
		Pamidronate Disodlum	V
ENDOCRINE AND METABOLIC	Boné Density	Intravenous Solution 90	同时,没有
AGENTS - MISC.	Regulators	MG/10ML	
		Pamidronate Disodium	Υ
ENDOCRINE AND METABOLIC	Bone Density	Intravenous Solution 6	•
AGENTS - MISC.	Regulators	MG/ML	
Name of the second seco		Alendronate Sodium Oral	V
ENDOCRINE AND METABOLIC	All Bone Density 12		
AGENTS MISCE 1	Regulators	Table: 40 MG	Υ
ENDOCRINE AND METABOLIC	Bone Density	Fosamax Oral Tablet 40	Ţ
AGENTS - MISC.	Regulators	MG	TO STANKE
ENDOCRINE AND METABOLIC	Bone Density	Prolia Subcutaneous	
AGENTS MISC."	Regulators	Solution 60 MG/ML	数据 1965 PML 支撑的影响

المستندين المستندين

A.H.A.M.



			Pre-
The second service Code against	Therapeutic Class	Drug Description	autorization
Therapeutic Category	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	[Pre-
[Categoría Terapéutica]	[Clase rerapeutica]	[Descripcion de la broga]	autorización]
			Y=Yes
ENDOCRINE AND METABOLIC	Hormone Receptor	Raloxifene HCl Oral Tablet	Υ
AGENTS - MISC.	Modulators	60 MG	
ENDOCRINE AND METABOLIC	Hormone Receptor.	Evista Oral Tablet 60 MG	γ
AGENTS - MISC.	 Modulators 		
ENDOCRINE AND METABOLIC	Growth Hormone	Somavert Subcutaneous	Υ
AGENTS - MISC.	Receptor	Solution Reconstituted 10	
	Antagonists	MG	
ENDOCRINE AND METABOLIC.	- Growth Hormone -	Somavert Subcutaneous	, Y
AGENTS MISC.	Receptor	Solution Reconstituted 15.	数据数据
	∠ 'Antagonists	MG F	
ENDOCRINE AND METABOLIC	Growth Hormone	Somavert Subcutaneous	Y
AGENTS - MISC.	Receptor	Solution Reconstituted 20	
;	Antagonists	MG	
ENDOCRINE AND METABOLIC	Growth Hormone	Somavert Subcutaneous	Y
AGENTS MISC.	Receptor	*Solution Reconstituted 25	
	Antagonists	Service MG Language	THE PARTY THE
ENDOCRINE AND METABOLIC	Growth Hormone	Somavert Subcutaneous	Y
AGENTS - MISC.	Receptor	Solution Reconstituted 30	
	Antagonists	MG	
HEMATOLOGICAL AGENTS	Anthemophilic :	Ar Felba NF Intravenous Solution Reconstituted	
MISC	Antibomobilio	Feiba VH Immuno	Υ
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic Products	Intravenous Solution	'
MISC.	Products	Reconstituted	
HEMATOLOGICAL AGENTS	Antihemophilic	Feiba Intravenous *	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
MISC	Products :	Solution Reconstituted	
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Eloctate Intravenous	Υ
MISC.	Products	Solution Reconstituted	
Wilse.	1100000	250 UNIT	
HEMATOLOGICAL AGENTS	- Antihemophilic		γ
MISC	Products	Solution Reconstituted	
		500 UNIT ***	
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Eloctate Intravenous	Y
MISC.	Products	Solution Reconstituted	
		750 UNIT	
# HEMATOLOGICAL AGENTS -	- Antihemophilic	া - Eloctate Intravenous 🕒	, is £ , Y ÷ ∕ · 2 · .
MISC.	Products:	Solution Reconstituted.	
	the Applied Service of the Control o	1000 UNIT	
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Eloctate Intravenous	Υ
MISC.	D.,	Callatian Danamatituta d	
771130.	Products	Solution Reconstituted	

A.H. All.

SINISTRACION OF Contrato Número ROS DEST

[[1]] (1) [[1]] [

2 -			Pre- autorization
Therapeutic Category	Therapeutic Class	Drug Description	[Pre-
[Categoría Terapéutica]	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	_
[catcBotta tetapeadea]	(and a series)		autorización]
			Y=Yes
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	: Elociaté intravenous 🕝	
MISC:	Products 14 = =	Solution Reconstituted	
		2000 UNIT	
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Eloctate Intravenous	Y
MISC.	Products	Solution Reconstituted	
		3000 UNIT	
HEMATOLOGICAL AGENTS	Platelet Aggregation -	Effient Oral Tablet 5 MG	r gray
MISC.	- Inhibitors		
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Platelet Aggregation	Effient Oral Tablet 10 MG	Y
MISC.	Inhibitors		
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC	Immunosuppressive	Zortress Oral Tablet 0.25	Υ.
CLASSES	Agents	K - MG MG A	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC	Immunosuppressive	Zortress Oral Tablet 0.75	Y
CLASSES	Agents	MG	
MISCELLANEOUS THERAPEUTICE	Immunosuppressive	Zortress Oral/Tablet 0:5	Y
CLASSES:	Person Agents 4	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	。 第145章 卡克斯里拉
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC	Systemic Lupus	Benlysta Intravenous	Υ
CLASSES	Erythematosus	Solution Reconstituted	
	Agents	120 MG	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC	Systemic Lupus	a Benlysta Intravenous	e vale V
CLASSES	Erythematosus:	Solution Reconstituted.	
	Agents :		V
NEUROMUSCULAR AGENTS	Neuromuscular	Botox Injection Solution	Y
,	Blocking Agent -	Reconstituted 200 UNIT	
	Neurotoxins		
NEUROMUSCULAR AGENTS 🛨	Neuromuscular 🗼	Botox Injection Solution	
	Blocking Agent - 🕠	Reconstituted 100 UNIT	
	Neurotoxins	Tahuaday Onbthalmia	Y
OPHTHALMIC AGENTS	Ophthalmic Steroids	Tobradex Ophthalmic	ľ
		Suspension 0.3-0.1 %	vaeto En
OPHTHALMIC AGENTS	Ophthalmic Steroids	Tobramycin Dexamethasone	
		Ophthalmic Suspension 2 0:3-0:4 %	
		The state of the s	Y
OPHTHALMIC AGENTS	Prostaglandins -	Travatan Z Ophthalmic Solution 0.004 %	'
	Ophthalmic		V
OPHTHALMIC AGENTS	Prostaglandins -	 Lumigan Ophthalmic + Caluman Off W 	
	Ophthalmic :	Solution 0.01%	Υ
PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gammagard S/D	ı
TREATMENT AGENTS		Intravenous Solution	
		Reconstituted 5 GM	

A.M. A.M.

TRACION OF Comeato Número

<u> </u>			Pre-
There neutin Cotegory	Therapeutic Class	Drug Description	autorization
Therapeutic Category	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	[Pre-
[Categoría Terapéutica]	[Clase rerapeutica]	[Describeron de la Droba]	autorización]
	22 Carle Very Brodu (SS) (Cap. 18th/8800-mat Householder - 2 co. 1950		Y=Yes
PASSIVE IMMUNIZING AND	mmune Serums	Gammagard S/D 1, 1	ingerial Years
TREATMENT AGENTS		- Intravenous Solution -	
		Reconstituted 10 GM	
PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gammagard S/D Less IgA	Y
TREATMENT AGENTS		Intravenous Solution	
		Reconstituted 5 GM	
PASSIVE IMMUNIZING AND	limmune Serums	Gammagard S/D Less IgA • Intravenous Solution \$	
TREATMENT AGENTS		Reconstituted 10 GM	
	I	Gamunex-C Injection	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Solution 1 GM/10ML	•
	- Immune Serums #-	Gamunex-Cinjection	γ
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	THIRDHE JEIGHS	Solution 2.5 GM/25ML	7 A 1 6 94 11 1
PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gamunex-C Injection	Υ
TREATMENT AGENTS	illifficatio oct anno	Solution 5 GM/50ML	
PASSIVE MMUNIZING AND	: Immune Serums'	Gamunex Cinjection	
TREATMENT AGENTS	CONTRACTOR	Solution/2016/M/200ML	
PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gamunex-C Injection	Y
TREATMENT AGENTS		Solution 10 GM/100ML	
PASSIVE IMMUNIZING AND	injmune Serums	Gammakedanjection	and X
TREATMENT AGENTS	部。 从 图7年中国中国	Solution I GM/LOME	
PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gammaked Injection	Υ
TREATMENT AGENTS		Solution 2.5 GM/25ML	
PASSIVE IMMUNIZING AND	- Immune Serums -	Gammaked injection	
TREATMENT AGENTS		Solution 5 GM/50ML*	<u>Изия (3.25 г.</u> ∨
PASSIVE IMMUNIZING AND	immune Serums	Gammaked Injection Solution 10 GM/100ML	Y
TREATMENT AGENTS		Gammaked Injection	Zanta k v ilosta
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Solution 20 GM/200MiL.	
PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gammagard Injection	Υ
TREATMENT AGENTS		Solution 1 GM/10ML	
PASSIVE IMMUNIZING AND	lmmune Serums	- Gammagard Injection	Y
TREATMENT AGENTS		Salution 2.5 GM/25ML	
PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gammagard Injection	Υ
TREATMENT AGENTS		Solution 5 GM/50ML	
PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gammagard Injection :: :: Solution 10 GM/100ML 2	
TREATMENT AGENTS	James una Carriera	Gammagard Injection	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Solution 20 GM/200ML	•
TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard Injection	v v
PASSIVE IMMUNIZING AND .* TREATMENT AGENTS		Solution 30 GM/300ML	

A.H.A.M.



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	autorization [Pre- autorización] Y=Yes
RESPIRATORY AGENTS - MISC.	Cystic Fibrosis	Pulmozyme Inhalation	Υ
	Agents	Solution 1 MG/ML	
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES -	Tetracycline HCl Oral	Ϋ́
		Capsule 250 MG	西海里等等
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Tetracycline HCl Oral	Υ
	_	Capsule 500 MG	
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES **	Demeclocycline HCl Oral	Para Yang s
		Tablet 150 MG 💮 🕒	
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Demeclocycline HCl Oral	Υ
	_	Tablet 300 MG	
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Declomycin Oral Tablet	, Υ
在150 x 150		300 MG	
VASOPRESSORS	Anaphylaxis	Epinephrine Injection	Y
	Therapy Agents	Solution Auto-injector	
		0.15 MG/0.3ML	
VASOPRESSORS	Anaphylaxis.	Epinephrine Injection =	$(x,y) \in \mathcal{Y}_{\mathbb{R}^n}(\mathbb{R}^n)$
	🖘 Therapy Agents 🕹	- Solution Auto-Injector,	
		0.15 MG/0.15 ML	
VASOPRESSORS	Anaphylaxis	Epinephrine Injection	Υ
	Therapy Agents	Solution Auto-injector 0.3	
		MG/0.3ML	

A.H.A.



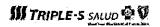


2017

Contrato Número POSDE

grmulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

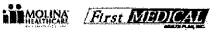














Flori. Nicardo A, Rossella Mastres Cobornador

5ra, Argola M. Avia Marrero Directora Egotikka

1 de mayo de 2017

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

Estimado provector:

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

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

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

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica <u>www.asespr.org.</u>

Cordialmente.

Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva Contrato Número EN DE SALUD

YASES





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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

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 excepcion. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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





- Las compañías aseguradoras o el TPA ("Third Party Administrator"), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager o "PBM") contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones ("refills"). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) preautorización. 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.

J.H. H.





Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.

J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

1.11.41.





PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)
2017

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS REFERENCIA 2017	9
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	10
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]	11
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	11
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]	11
ANTIANXIETY 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]	
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]	13
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]	13
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	14
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]	14
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]	14
Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]	14
Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]	14
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]	14
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]	





	Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	14
	Phenothiazines [Fenotiazinas]	15
A	NTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]	15
	Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]	15
	Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	
	Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	
	Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]	16
	Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	16
	Vasodilators [Vasodilatadores]	
Α	NTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]	16
	Antituberculars [Antituberculosos]	16
	Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	
A	NTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]	16
	Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]	16
A	NTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	17
	Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráricos]	17
A	NTIVIRALS [ANTIVIRALES]	
7	Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	17
] ' n	, Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]	17
/ .	Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]	
В	LOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	17
	Anticoagulants [Anticoagulantes]	17
	Cobalamins [Cobalaminas]	17
	Folates [Folatos]	18
	Iron [Hierro]	
В	ONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]	18
	Bisphosphonates [Bifosfonatos]	
C	HEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	
	Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]	
	Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]	
D	ERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	
	Antihistamines [Antihistamínicos]	. 18



or a fire instance of an arms of the constitution of

	19
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]	10
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]	19
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]	19
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]	19
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	19
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]	19
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]	19
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	19
Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea]	19
Estrogens [Estrógenos]	20
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]	20
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	20
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	20
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]	20
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]	20
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	21
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	21
Immune Globulins [Immunoglobulinas]	21
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]	22
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]	22
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]	22
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	22
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]	22
Nonsedating Histamine 1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina 1 No-Sedantes]	22
Sedating Histamine Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]	23
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	23
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatonimeticos]	







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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPE	UTIC CA	TEGORY [CATEG	ORÍA TERAPÉUTICA	A]
	Therape	utic Class [Clase]	[erapéutica]	
医大脑 及2012年1月1日				
Section exemptons	ide to the	sięs Amariestos		
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab	1	Preferred	PERCOCET	
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab	3	Preferred	PERCOCET	
			<u> Maria M</u>	
RANGE STATE OF THE STATE OF	ingues.		akandaan aod	
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	

A.H.H.

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

Contrato Número

POSDE

Se recomienda se considere prescribir el medicamente 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 medicamente 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.





OS DE ST				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	ner [Her]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
			DRÍA TERAPÉUTICA	.]
	Therap	eutic Class [Clase T	erapéutica]	And the control of th
IN THE Shanevanar opto	graajii	rasias para besidas		
oxycodone-acetaminophen				QL=15 días
5-325 mg tab	1	Preferred	PERCOCET	No refills
oxycodone-acetaminophen				
10-325 mg tab, 7.5-325 mg				QL=15 días
tab	3	Preferred	PERCOCET	No refills
[8,41 & (1,770)]				
NAMES OF THE PROPERTY OF THE P	ក្នុងម៉ូន្មែរ	wijewing Mapeu	Most lieve engelie	
hydroxyzine pamoate 100				
mg cap, 25 mg cap, 50 mg				
cap	1	Preferred	VISTARIL	
THE ENERGY AND CONTROL	मुंग्रीहरीहर		Kariban Maria	
cephalexin 125 mg/5ml				
susp, 250 mg cap, 500 mg	_		LOTTI EX	,
Cap	1	Preferred	KEFLEX	
cephalexin 250 mg/5ml susp	2	Preferred	KEFLEX	
		Legional de Mendados		
azithromycin 250 mg tab,		D ()	ZITUDOMAY	
500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm pckt, 100				
mg/5ml susp, 200 mg/5ml	,	Preferred	ZITHROMAX	
susp, 600 mg tab	<u>2</u>	Preferred	ZITINOWAX	
ERY-TAB 500 mg tab dr	3	Preferred		
erythromycin base 250 mg				
cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	
erythromycin ethylsuccinate	-	1 10101104		
400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE				
250 mg tab	4	Non-Preferred		
				

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





	POS DES		<u></u>		
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]) Her[Her]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	.E.S. GRANULES 200 g/5ml susp	5	Preferred		
E	RYPED 200 200 mg/5ml usp	5	Preferred		
E	RYPED 400 400 mg/5ml	6	Preferred		
	per microscopications	เป็นสังกับใช้ เป็นสังกับใช้	ide dia teresia dia dia	effice dispelores	
0.0	lindamycin hcl 150 mg cap,				
	00 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	
	ACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		
/ 1//	netronidazole 250 mg tab, 00 mg tab	1	Preferred	FLAGYL	
n	itrofurantoin macrocrystal 0 mg cap	1	Preferred	MACRODANTIN	
n	itrofurantoin macrocrystal 00 mg cap	2	Preferred	MACRODANTIN	
n	itrofurantoin monohyd nacro 100 mg cap	2	Preferred	MACROBID	
n	itrofurantoin oral uspension 25 MG/5ML	6	Non-Preferred	FURADANTIN	
			and the free little		
	moxicillin 125 mg/5ml susp,		Section of the second section of the section of the second section of the section of		
2	00 mg/5ml susp, 250 mg ap, , 250 mg/5ml susp, 400				
	ng/5mI susp, 500 mg cap, 00 mg tab, 875 mg tab	1	Preferred	AMOXIL	
a	moxicillin-pot clavulanate 00-28.5 mg/5ml susp, 400-				
5	7 mg/5ml susp, 500-125	1	Preferred	AUGMENTIN	
	ng tab, 875-125 mg tab mpicillin 125 mg/5ml susp,	<u> </u>	110101104		
	mpicillin 125 mg/smi susp, 50 mg cap, 250 mg/5ml			!	
	usp, 500 mg cap	1	Preferred	PRINCIPEN	

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





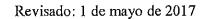
AOS DE	S. C.			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg	1	Preferred	VEETIDS	
tab	 +	Freiched		
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Non-Preferred		
penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
To Market in State of the Control of		<u>Sprijerskapekerna</u>	TOP TO SHE GIVEN A	
cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap	2	Preferred	CECLOR	
cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab	2	Preferred	CEFZIL	
sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
sulfamethoxazole- trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab	1	Preferred_	SEPTRA	
	() (E)			
cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	
cefdinir 250 ma/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	
	Tir iven	ne consessamination		
metronidazole 0.75 % vag gel	2	Preferred	VANDAZOLE	

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



	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
	clindamycin phosphate 2 % vag crm	3	Preferred	CLEOCIN	
		<u> </u>	ing sa maga kalek	Jedurėj 😿 🗆	1 54 <u>4.77 9.</u> - 3 21 dags - 2.
	HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		Р
	HUMALOG MIX 75/25 (75- 25) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		Р
	HUMALOG MIX 50/50 (50- 50) 100 unit/ml sc susp Intermediates	4	Preferred	ામાં જારા મુક્ત માટે કે માટે ક માટે કે માટે કર્યા ક	P
:	HUMULIN N 100 unit/ml sc	2	Preferred		P
:	susp LANTUS SOLOSTAR 100		cities lies lines pro	dkareer Dinelerone	
A	unit/ml subcutaneous solution pen-injector	3	Preferred		Р
	LANTUS 100 unit/ml sc soln	3 43 may 176	Preferred		Р
	HUMALOG 100 unit/ml sc	4	Preferred		Р
	HUMULIN R 100 unit/ml inj	i			P
	soln	2	Preferred		
	metoclopramide hcl 10 mg		<u>Mõneriasistandige</u>	 	
1 (1)	tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg Jab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml	1	Preferred	REGLAN	
A 1. T	inj soln trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1_1_	Preferred	TIGAN	

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



SANNISTRACION	
Contrato Número	
084/4	ASES
TO DE SE	OB-GYN
OS DE S.	

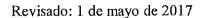
	L S			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
增加100 630 530 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50 50		រូស្តីតែដែលនៅក្រុំសំនៅនៃ		
prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
RESULTED BY THE SECOND SECTION OF THE SECOND				
) Pagi	Yoghile sakasiyanist	SVAJERSEKagardinosi I	
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ALDOMET	
The Continue le l'estate	શાંક (ભિલ્યું, ત	ingi/Agenyes/Eligades	ក្រុងក្រុងខ្មែរ ខ្មែរប្រក្សិត	
atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TENORMIN	
metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr	1	Preferred	LOPRESSOR	
metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	LOPRESSOR	
metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr	2	Preferred	LOPRESSOR	
	Galf SI	alliga tita kasidal 2 Cantonosa kaliyasi	60° 10° 12° 13° 13° 13° 13° 13° 13° 13° 13° 13° 13	rojana ofica Postana
atenolol-chlorthalidone 100- 25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol- hydrochlorothiazide 50-25 mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
metoprolol- g Mdrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	

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



		OS DE			
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
		5 E11916 (Watty of any sall all edina.	। वर्षाकृतिक्यान्त्रकृतिकृतिकृतिकृतिकृति	
	propranolol hel 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab propranolol hel 60 mg tab	1 2	Preferred Preferred	INDERAL INDERAL	251
	carvedilol 12.5 mg tab, 25				
	mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	1 84 Valso	Preferred	COREG	e en Tagen
	hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	
		A policiety	remideres pagnituria		
	isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	ISONIAZID	
	rifampin 150 mg cap	1	Preferred	RIFADIN MYAMBUTOL	
,	ethambutol hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	RIFADIN	
	rifampin 300 mg cap	3	Preferred Non-Preferred	MYAMBUTOL	
	ethambutol hcl 400 mg tab	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
	isoniazid 50 mg/5ml syr	6	Preferred	MYCOBUTIN	Puerto Rico
	rifabutin 150 mg cap RIFAMATE 50-300 mg cap		Ticicited		Health
					Department Tuberculosis
	TRECATOR 250 mg tab				Control Program
/ / / /	A STATE OF THE CONTROL OF THE CONTRO		रिव्यक्तिकार्थिक स्थापन	ाहर (स्राचार एक स्थाप होता प्राप्त होता । 	
 	`dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	
	 	i electio	างกุรการ (ชากภูสากอเรี	reveninder i	
	terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm	2	Preferred	TERAZOL	

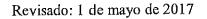
[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly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





Drug Name [Nom Medicamento		t o Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ij		diam dinggan pada nadangan Balangan pada nagarangan		
		interior de la companya de la compan		PA
NEBUPENT 300 mg	inh soln 4	Freiened		
3-10-6-100-1-000-00-00-00-00-00-00-00-00-00-00		avinere greeter :	Sulienvanzel.	1
acyclovir 200 mg ca		Dueformed	ZOVIRAX	
mg tab, 800 mg tab	nl susp 2	Preferred Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5m		Preferred Patracians (Asterites)	<u> </u>	
	The second of th			
RELENZA DISKHAL		Preferred		
mg/blister inh aer pw oseltamivir phospha		<u> </u>		
cap, 45 mg cap, 75 i		Preferred	TAMIFLU	
TAMIFLU 6 mg/ ml s		Non-Preferred	174011 20	
	, -, - - _			io io io della
zidovudine 300 mg t	market and the second	Non-Preferred	RETROVIR	<u>ani o denis 75 mendelak</u> da Garaba an <u>simba</u> s
zidovudine 100 mg d		Non-relence	TKETIKO VIIK	-
mg/5ml syr	<i>,ap, 50</i> 4	Non-Preferred	RETROVIR	
Migroini syi				
n i ng		i Televieris (Villada)		
heparin sodium (por	CONT. C. DA. DELANDS-ADADESTRUCKA A.D. SC. SA			
1000 unit/ml inj soln		Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (por		110101100		
10000 unit/ml inj soli				
unit/ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (por	cine) pf			
5000 unit/0.5ml inj s		Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (por				
2000 unit/ml iv soln	8	Preferred Preferred	HEPARIN	
		olegietaulisalskapetett	Michelle in the state of the st	
cyanocobalamin 100	1			
mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	

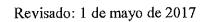
[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly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





ROS	E GAY			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
		sa Balekesy (Folerios)		
folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	отс
tab, 600 mg tab			WT A	
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred	anna chan an calainn an a	
	` <u>←</u> '&#*** (\$0,000,004,004)</td><td>(<u>) ()</u> (<u>) ()</u> () (<u>)</u> () () () () () () () () () () () () ()</td><td></td><td></td></tr><tr><td>alendronate sodium 10 mg ∕∕tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 ∙mg tab</td><td>1</td><td>Preferred</td><td>FOSAMAX</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>The Party of the Avanta Artifater</td><td></td><td></td><td>I FUCOVODIN</td><td></td></tr><tr><td>leucovorin calcium 5 mg tab</td><td>3</td><td>Preferred</td><td>LEUCOVORIN</td><td></td></tr><tr><td>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</td><td>4_</td><td>Preferred</td><td>LEUCOVORIN</td><td></td></tr><tr><td>leucovorin calcium 25 mg</td><td>9</td><td>Preferred</td><td>LEUCOVORIN</td><td></td></tr><tr><td>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</td><td>9</td><td>Non-Preferred</td><td>LEUCOVORIN</td><td></td></tr><tr><td>The Principle of Conclusion of the Principle of the Princ</td><td>into alek k</td><td></td><td>ी<u>र्याची है वेश्व</u>ील प्रश्तामा हिन्दु होते।</td><td></td></tr><tr><td>LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit</td><td>6</td><td>Preferred</td><td></td><td>PA, P</td></tr><tr><td>ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant</td><td>7</td><td>Non-preferred</td><td></td><td>PA</td></tr><tr><td></td><td></td><td>e រូប្បាញ ទៅ, សុស្សសំម៉ឺវុស</td><td>្សាល់ ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស ស្រ្តីលើ ទីស្រ្តា ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស្រ្តា ម៉ាស្រ</td><td></td></tr><tr><td>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</td><td>1</td><td>Preferred</td><td>ATARAX</td><td></td></tr></tbody></table>			

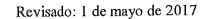
[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly 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]	riei [Her]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Ray Brand Research Brand Res	ijieti/ha	romante arrabation de	ics Footed by	
clotrimazole 1 % crm	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
nystatin 100000 unit/gm oint	1	Preferred	MYCOSTATIN	
		zana dalam da 1861. Entografia	i jakon ka ka ili ma Sengginnasi kana	
insulin syringe/needle	1 1	Preferred	and the second and the second	
Design Composition				
	rina di A		Mangoret de la companya de la comp	
averalists 1 am tab	1	Preferred	CARAFATE	
sucralfate 1 gm tab	3	Non-Preferred	CANALAIL	
CARAFATE 1 gm/10ml susp				
THE PLAN OF ITS STORES VILLANIES				
. famotidine 20 mg tab, 40 mg		Dueferund	DEDOID	ĺ
tab	1	Preferred	PEPCID	
ranitidine hcl 15 mg/ml syr,	ł			
150 mg/10ml syr, 300 mg		Duefound	ZANTAC	
tab, 75 mg/5ml syr	Ab Countries	Preferred		
<u> Pering and and and and and and and and and and</u>		क्षेत्रहे । इतिहास करते । अस्ति । विद्यान		
hydrocortisone ace-				
pramoxine 1-1 % rect crm,		5 ()	ANALDDAMIG	
2.5-1 % rect crm	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
pramcort 1-1 % rect crm	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
<u>id</u> a produce de la compansión de la co		2001 PARIS CHÈ VIII. VII. VIII PARIS PARIS ET E	heide (i santa). RML: i i ventuli i i i i keri s	
English and the control of the contr	<u> </u>			
medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg				
tab, 5 mg tab	1	Preferred	PROVERA	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg	<u> </u>	TICIONICA	11(012141	
tab	2	Preferred	ARANELLE	PA
CRYSELLE-28 0.3-30 mg-	 	TOOTIO	7.00.012222	
mcg tab	2	Preferred		PA
ELINEST 0.3-30 mg-mcg	-	170101104		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30	 	, 10101104		· · · · · ·
mg-mcg tab	2	Preferred		PA
Ing-mog tab	<u>-</u> 1	1 10101104	<u> </u>	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]



STAINISTRACION	.
Contrato Número	
5 0847	ASES
OS DE SPL	OB-GYN

	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/
	:	Neto]			Límites]
			នរស់ស្រានដ្រង់ស្វែង		
Ī	estradiol 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	ESTRACE	
ĺ	estropipate 0.75 mg tab, 1.5				
	mg tab	1	Preferred	ESTROPIPATE	
	estropipate 3 mg tab	2	Preferred	ESTROPIPATE	
	Harry Sy System (South Estrage)	grandle		igishir sidasindisis	
1	estradiol-norethindrone acet				
Į	1-0.5 mg tab	4	Non-Preferred	ACTIVELLA	
ĺ		V(e(c)orei-	fighterenials (spread		
	betamethasone sod phos &				
	acet 6 (3-3) mg/ml ini susp	2	Preferred	CELESTONE	
		n-va or	anticles in the factor	derifectus (4.3)	
	fludrocortisone acetate 0.1				
-	ma tab	1	Preferred	FLORINEF	
	FARSI MERKATANG TERRETA	hy) তাল্য	iomistis in in the	हार्योगेरेको हो हुन है। इस	
	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				į
J	ymcg tab, 50 mcg tab, 75		D ()	OVNTUDOD	
1/	mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred	SYNTHROID	
	SYNTHROID 100 mcg tab,	1			
ļ	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	1 1	Preferred		P
	mcg tab				
į		12 Pro- 12 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Non-Preferred		
	VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Freiened		<u> </u>





[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





	17			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
e a de la companya d				
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	1	Preferred	DECADRON	
tab, 4 mg tab, 6 mg tab dexamethasone sodium	_ '	- Fieldied	DECADITOR	
phosphate 120 mg/30ml inj				
soln, 20 mg/5ml inj soln, 4	*			
mg/ml inj soln	1	Preferred	DECADRON	
KENALOG 10 mg/ml inj	-			
susp	1 1	Non-Preferred		
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
methylprednisolone 32 mg				
tab, 4 mg tab	1 1	Preferred	MEDROL	
methylprednisolone (pak) 4				
mg tab	1	Preferred	MEDROL	
prednisolone 15 mg/5ml				
soln, 15 mg/5ml syr	1 1	Preferred	PRELONE	
prednisone 1 mg tab, 10 mg				
tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5	<u> </u>			
mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
prednisone (pak) 10 mg tab,				
5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
hydrocortisone 10 mg tab,	_	- ·	AODTEE	
20 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	CORTEF	
methylprednisolone 16 mg		Df	MEDDO	
tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	
KENALOG 40 mg/ml inj	_	Non Droformad		
susp	5	Non-Preferred		
ESSENCE OF THE CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF T		<u> Carantara da marantara da maran</u>	1.	
RHOGAM ultra-filtered plus	4	Preferred		
im soln 1500 unit	4	FICICITEU		<u> </u>

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]

COLD	Penes	OD-G1V		
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
	ine (d.	ingstore galeria in the second		a verte de la companya de la company
	eteren.		PRENATAL	
prenatal tab	1	Preferred	VITAMINS	
(#bot) (new payAntrologinerote)	and nah	<u>शिक्रमा हार्चा म</u>	periodes/sumbined	
ipratropium bromide 0.02 %]			
inh soln	1 1	Non-Preferred	ATROVENT	
	(6/6)/([[6/6	Statetick Contracti		
FLOVENT DISKUS 100				
mcg/blist inh aer pwdr, 250				QL = 1 pompa /
mcg/blist inh aer pwdr, 50	3	Preferred		30 días, P
mcg/blist inh aer pwdr #LOVENT HFA 110 mcg/act	3	r relened		QL = 1 pompa
inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		/ 30 días, P
ADVAIR DISKUS 100-50	-	1 1010.104		
mcg/dose inh aer pwdr, 250-				QL = 1 pompa /
50 mcg/dose inh aer pwdr	4	Preferred		30 días, ST, P
ADVAIR HFA 115-21				-
mcg/act inh aer, 45-21				QL = 1 pompa /
mcg/act inh aer	4	Preferred		30 días, ST, P
budesonide 0.25 mg/2ml inh				
susp, 0.5 mg/2ml inh susp,	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
budesonide 1mg/2ml inh	_		DI II MIGORIT	A1 440 ~
susp	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act	. 1	D f d		QL = 1 pompa
inh aer	4	Preferred	·	/ 30 días, P
ADVAIR DISKUS 500-50		Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST, P
mcg/dose inh aer pwdr	5	rielelled		QL = 1 pompa /
ADVAIR HFA 230-21	5	Preferred		30 días, ST, P
mcg/act inh aer			i Nacempre alternació	
a law and a second property of the second pro	1	Preferred	CLARITIN	OTC
loratadine 10 mg tab	<u> </u>	i iciciicu	OLAMIN	010

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]



The state of the s				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]) Her[Her]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Participation of Sentine	if to love	ingly and and states in the	stational light of the state of the	izingiriyekilingensiakon
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	
Light Sympathommens	्र _{िश} ोधाः	ariletais labolisael		
albuterol sulfate (2.5				
mg/3ml) 0.083% inh neb				
soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb			AL BUITED OF	
soln	1	Preferred	ALBUTEROL	
terbutaline sulfate 2.5 mg				
tab, 5 mg tab	1	Preferred	BRETHINE	
				QL = 1
VENTOLIN HFA 108 (90				pompa / 30
base) mcg/act inh aer	1	Preferred		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]



	ERYTHROCIN STEARATE11
A	erythromycin base11
t 	erythromycin ethylsuccinate11
acyclovir	estradiol21
ADVAIR DISKUS25, 26	estradiol-norethindrone acet22
ADVAIR HFA23, 20	estropipate21, 22
albuterol sulfate26	ethambutol hcl16
alendronate sodium19	
alyacen 1/3521	F
amoxicillin	F
amoxicillin-pot clavulanate12, 13	famotidine20
ampicillin12	FLOVENT DISKUS25
atenolol15	FLOVENT HFA25
atenolol-chlorthalidone15	fludrocortisone acetate22
azithromycin11	folic acid
	TOIC acid
В	
	Н
betamethasone sod phos & acet22	heparin sodium (porcine)18
# BIGILLIN L-A13	heparin sodium (porcine) pf18
/ bidesonide25	HUMALOG14
· / /·	HUMALOG MIX 50/5014
С	
	HUMALOG MIX 75/2514
CARAFATE20	HUMULIN 70/3014
carvedilol16	HUMULIN N14
\ cefaclor13	HUMULIN R14
(cefdinir13	hydralazine hcl16
Selprozil	hydrocortisone24
/ cephalexin11	hydrocortisone ace-pramoxine21
clindamycin hcl	hydroxyzine hcl20
clindamycin normaliae clindamycin phosphate14	hydroxyzine pamoate11
clotrimazole20	
CRYSELLE-2821	,
cyanocobalamin18	1
суапосоваатит	INFED19
	insulin syringe/needle20
D	ipratropium bromide25
	iron19
dapsone17	isoniazid16
dexamethasone23	150/11/42/14
dexamethasone sodium phosphate23	
DEXFERRUM19	K
	KENALOG23, 24
E	NEIV LOO
E.E.S. GRANULES12	L
FLINEST21	-
ERYPED 20012	LANTUS14
ERYPED 40012	LANTUS SOLOSTAR14

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





	10
leucovorin calcium	19
levothyroxine sodium	22
loratadine	26
	21
	19
LUFKON DEFOT	
M	
MACRODANTIN	12
MEDROI	.,23
	efate21
mothyldone	15
metrytopa	23, 24
metnyipreanisoione	74
methylprednisolone (pak)	24
metoclopramide hcl	14
metoprolol succinate er	15
metoprolol tartrate	15
metoprolol-hydrochlorothia	azide15
	12, 13
moti of mageoro initiation	,
N	
NEBUPENT	17
nitrofurantoin macrocrysta	<i>l</i> 12
nitrofurantoin monohyd m	acro12
nitrofurantoin oral suspens	sion12
	20
N SEGLET CONTRACTOR OF THE SECURITY OF THE SEGLET CONTRACTOR OF THE SECURITY	
X (O'	
oseltamivir phosphate	17
oxycodone-acetaminophe	<i>n</i> 11
•	
Б	
₽	
ponicillin a proceine	13
penicinin y procane	
penicillin v potassium	13
pramcort	21
prednisolone	24
prednisone	24
prednisone (pak)	24

pre-natal formula	24
prochlorperazine	
prochlorperazine edisylate	
prochlorperazine maleate	. 15
promethazine hcl	26
propranolol hcl	16
ргорганою пог	LU
R	
ranitidine hcl	21
RELENZA DISKHALER	17
RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit	24
rifabutin	
RIFAMATE	
rifampin	
пили	
S	
sucralfate	20
sulfamethoxazole-tmp ds	20
sulfamethoxazole-trimethoprim	13
SYNTHROID	
STIVITIOD	23
_	
T	
TAMIFLU	19
terbutaline sulfate	26
terconazole	
TRECATOR	
trimethobenzamide hcl	
(HITHERHODEHZAITHOE HOL	
N.	
V	
VAGIFEM	
VENTOLIN HFA	
VENTOCIN (II Ammunia a	
7	
Z	
zidovudine	18
Min A . m - m . m . m . m . m . m . m . m . m	

A.H. H.

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



1. A. A. 新国、国际、国际基础、国际、国际、国际、国际、基础等等的、国际、基础等等的、国际、国际、国际、国际、国际、基础等等的。







A.H.A.



Contrato Número

5 0 8 4 II

2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG















Hon. Hicards &, Bossess Navaries Collegnador

Sia, Argels M. Avia Maireia Olivelara Ejecuska

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

Les exhorto a conservar esta guia para su referencia. Lo misma también está disponible en mestra página electrónica <u>www.asespr.org.</u>

Coxlialmente,

AHAI

Angela M. Avila Marrero Directora Elecutiva Contrato Número

S O 8 4

CONTRACTOR

CONT

YASES



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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

Alex

AHAI

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 excepcion. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:



a. Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;

b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;

c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o

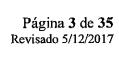
d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Contrato Número

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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





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

Contrato Número

J. A.

Página 4 de 35 Revisado 5/12/2017



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

4. Regla de Emergencia

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

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

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





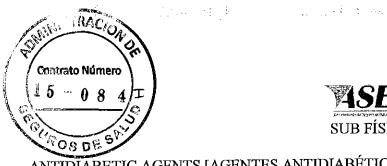




PLAN DE SALUD DE PERONNISTRACIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)
2017

TABLA DE CONTENIDO

	ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	3
	DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)	
	DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017	10
	RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	
	MEDICAMENTOS GENÉRICOS	
	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
٨	Local Anesthetics [Anestésicos Locales]	14
(A)	ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	14
8/6	First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]	14
	Macrolides [Macrólidos]	14
, H. F	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





TO THE REPORT OF THE STATE OF T

1 9

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



4SES SUB FÍSICA

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





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



RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]	30
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]	30
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]	30
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]	31
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	31

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

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

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

) M.A.J.	
5 - 0 8 4	

UROSD

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]) Her (Her)	Reference Name (Nombre de Referencia)	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE			RIA TERAPEUTICA]	
		eutic Class [Clase T		arragen o escentivelita arrage
				=a. k.e. útú as k. of . of . of
es sampemeration	Time and		and middle of our side.	इत्यातातात्रास्य । १८६५
ibuprofen 400 mg lab, 600 ma lab	1	Preferred	MOTRIN	QL=5 dlas
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	QL=5 días
nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	RELAFEN	QL=5 días
naproxen 250 mg lab, 375 mg lab, 500 mg lab	1	Preferred	NAPROSYN	_QL≃5 días
naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab	1	Preferred	ANAPROX	QL=5 días
salsələlə 500 mg təb, 750 mg təb	1	Preferred	DISALCID	QL=5 días
indomethacin er 75 mg cap er	2	Non-Preferred	INDOCIN	QL=5 días

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

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



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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

	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	
Λ	9	\$1,100 - \$1,499	
(d)	10	\$1,500 - \$1,999	
	11	\$2,000 - \$2,499	
A.H.H.	12	\$2,500 - \$2,999	
1 111	13	\$3,000 - \$3,499	
A.H.A.	14	\$3,500 - \$3,999	A STATE OF THE STA
. , , , .	15	\$4,000 - \$4,499	STRICTORY
	16	\$4,500 - \$4,999	
	17	\$5,000 - \$5,499	
	18	\$5,500 - \$5,999	Contrato Número
	19	\$6,000 - \$6,499	1 115-0847
	20	\$6,500 <i>-</i> \$6,999	(0)
	21	\$7,000 - \$7,499	OR DE SPY
	22	\$7,500 - \$7,999	NOS DE ST
	23	\$8,000 - \$8,499	
	24	\$8,500 - \$9,000	
	25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente

Se recomienda se considere prescribir el medicamente 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 medicamente 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.

ANN.



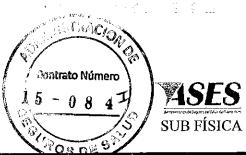




O Die				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE	JTIC CA	ATEGORY [CATEGO	RÍA TERAPÉUTICA]	
	Therap	eutic Class [Clase T	erapéutica]	
Halland Advince (Section Advisor)	:Yreltaking Keleaking		Ayorasti ispalintarios illon	ES (Skojide) Jes
ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab	1_	Preferred	MOTRIN	QL=5 días
nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	RELAFEN	QL=5 días
naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No repeticiones
salsalate 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	DISALCID	QL=5 días
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	The stripped Anne and
	ท็อที่อี 🧦 ได้	ର ଜୁନ୍ୟ ଜଣ (4.91) (ଜୁନ୍ମ <mark>(କ୍ରେମ୍ବ</mark>		
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15	-			
mg tab, 300-30 mg tab, 300- 60 mg tab	1	Preferred	TYLENOL- CODEINE	QL=5 días
acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab	1	Preferred	TYLENOL- CODEINE	QL=5 días
acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab	1	Preferred	TYLENOL- CODEINE	QL=5 días
acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab	1	Preferred	TYLENOL- CODEINE	QL=5 días
butalbital-apap-caffeine 50- 325-40 mg tab	1	Preferred	FIORICET	QL=5 días
tramadol hcl 50 mg tab	1	Preferred	ULTRAM	QL=5 días
butalbital-apap-caffeine 50- 325-40 mg cap	2	Preferred	FIORICET	QL=5 días
margesic 50-325-40 mg cap	2	Preferred	FIORICET	QL=5 días

A.H.M.

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]	ivet Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
		Igocall A	ที่สามสารแกลเกล่า (Marians) เลือง	of 1 Sigifesility.	
				XYLOCAINE	
	1				
	lidocaine viscous 2 %		.		01 5 15 -
	mouth/throat soln	1	Preferred		QL=5 días
	2.19 1949 233 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3				
	in the gold bear payion and a non-		មកម្មការប្រជាក្រុមប្រវត្តិស្វី	nergialistation in the contraction of the contracti	National Caragonal
	cephalexin 125 mg/5ml				
	susp, 250 mg cap, 500 mg	1	Preferred	KEFLEX	QL=5 días
	cap	<u>'</u>	Non-Preferred	KEI EEX	QL=5 días, AL 0-
	cefadroxil 250 mg/5ml susp	2	Holt i foldifod	DURICEF	12 años
	cephalexin 250 mg/5ml susp	2	Preferred	KEFLEX	QL=5 días
			Non-Preferred		QL=5 días, AL
	cefadroxil 500 mg/5ml susp	3		DURICEF	0-12 años
			Maria a for invertation		
Λ				and the state of t	
	azithromycin 250 mg tab,				O. 5 K
J.	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	QL=5 días
Je.	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100	1	Preferred	ZITHROMAX	QL=5 días
)A	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml				
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	1 2	Preferred Preferred	ZITHROMAX ZITHROMAX	QL=5 días QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml				
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab				
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg	2	Preferred Preferred	ZİTHROMAX BIAXIN	QL≃5 días QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp	2	Preferred	ZITHROMAX	QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp erythromycin base 250 mg	2	Preferred Preferred	ZİTHROMAX BIAXIN	QL≃5 días QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500	2 2 3	Preferred Preferred Preferred	ZITHROMAX BIAXIN BIAXIN	QL≃5 días QL=5 días QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	2	Preferred Preferred	ZİTHROMAX BIAXIN	QL≃5 días QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab erythromycin ethylsuccinate	2 2 3 3	Preferred Preferred Preferred Preferred	ZITHROMAX BIAXIN BIAXIN ERY-TAB	QL=5 días QL=5 días QL=5 días QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab	2 2 3	Preferred Preferred Preferred	ZITHROMAX BIAXIN BIAXIN	QL≃5 días QL=5 días QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab ERYTHROCIN STEARATE	2 2 3 3	Preferred Preferred Preferred Preferred	ZITHROMAX BIAXIN BIAXIN ERY-TAB	QL=5 días QL=5 días QL=5 días QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab	2 2 3 3 3 4	Preferred Preferred Preferred Preferred Preferred Non-Preferred	ZITHROMAX BIAXIN BIAXIN ERY-TAB	QL=5 días QL=5 días QL=5 días QL=5 días
	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	2 2 3 3 3 4	Preferred Preferred Preferred Preferred Preferred Non-Preferred	ZITHROMAX BIAXIN BIAXIN ERY-TAB E.E.S.	QL=5 días QL=5 días QL=5 días QL=5 días QL=5 días QL=5 días
S.H. \$4.	azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab clarithromycin 250 mg/5ml susp erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	2 2 3 3 3 4	Preferred Preferred Preferred Preferred Preferred Non-Preferred	ZITHROMAX BIAXIN BIAXIN ERY-TAB E.E.S.	QL=5 días QL=5 días QL=5 días QL=5 días

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



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

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



2000	10 E 37			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
The second hearing the	in Octob	: Installation Control of the Cont	Missign rice Greek blood to be	
cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap	2	Preferred	CECLOR	QL=5 días
cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab	2	Preferred	CEFZIL	QL=5 días
		ili in in in in in in in in in in in in in		
sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab	111	Preferred	SEPTRA	QL=5 días
sulfamethoxazole- trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL=5 días
THE SHARE STORY ESTERED	icetja		ivet de jenar Gara	
cefdinir 125 mg/5ml susp,	2	Preferred	OMNICEF	QL=5 días
300 mg cap cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	QL=5 días
Cerdinii 230 mgromi 348p		na merike Panangan		
carbamazepine 100 mg tab		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
chew, 200 mg tab	1	Preferred	TEGRETOL	QL=5 días
gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab	1 _	Preferred	NEURONTIN	QL=5 días
levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	KEPPRA	QL=5 días
oxcarbazepine 150 mg tab	1	Preferred	TRILEPTAL	QL=5 días
phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg	•			
tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab	1_	Preferred	PHENOBARBITAL	QL=5 días
primidone 250 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MYSOLINE	QL=5 días
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg				
tab	1	Preferred	TOPAMAX	QL=5 días
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		QL=5 días

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





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
levetiracetam 1000 mg tab, 750 mg tab	2_	Preferred	KEPPRA	QL=5 días
oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab	2	Preferred	TRILEPTAL	QL=5 días
phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln	3	Preferred	ZARONTIN	QL=5 días
phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln	3	Preferred	PHENOBARBITAL	QL=5 días
		onigijaje iš partijaje. Partijaje iš partijaje		
donepezil hcl 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ARICEPT	QL=5 días
rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap	3	Preferred	EXELON	QL=5 días
	كالمستشمة كمحتر للأراد	A DESCRIPTION OF THE PROPERTY	u <mark>na</mark> ustie (<u>et die 1</u> 786).	
selegiline hcl 5 mg tab	3 [Non-Preferred	CARBEX	QL=5 días
acarbose 100 mg tab, 25 mg		្នាស់ មាននេះ នៅក្រុមប្រក្នុង		tion of the continue of the control base as in the control to the control to the control to the control to the
tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	QL=5 días
metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL=5 días

J.H.H.

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





	<u> </u>			-	
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	Market (1991) e haza edakeren hagil	elepalieké Adolfoké	(=2.48 (2000)=240 (10) (10) (60)	รู ผู้ใหญ่กฎีอาเอาอากัสเรา มีโดย นั้นทูดเล	
	KOMBIGLYZE XR 2.5-1000		<u>ag vala geta, ili aktorio, taliku tun ayan gan basa kata ba</u>		
	mg tab er 24 hr, 5-1000 mg				
	tab er 24 hr, 5-500 mg tab er				QL≃5 días, ST,
	24 hr	3	Preferred		P ,
	ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg	 	1 10101100		QL=5 días, ST,
	tab	3	Preferred		P
			Missaires (Missaires E		
		ST WELL			QL= 1 vial /
	HUMULIN 70/30 (70-30) 100		Duefermed		30 días, P
	unit/ml sc susp	2	Preferred		
		ij. MZn.	Welchis Wield Sasis	atijn žinas idžingih	
	pioglitazone hcl 15 mg tab,				Q1 = 1/
	30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	<u>ACTOS</u>	QL=5 días
	Decree of the Comments	i(2 2//\dim	edinanina ing ing ing ist	die Biografikan Uniceron wolf	1 1
	HUMULIN N 100 unit/ml sc				QL= 1 vial /
	susp	2	Preferred		30 días, P
Λ		i Avalino			
\Q\$\	JUMULIN R 100 unit/ml inj	1,000	ilika ya mina saluuti da milili umoo oligisa. Liidan kika in ora tuura sa sidaan kika uu ugadi mengesta ka ke Tara	Committee and the second secon	QL= 1 vial /
۷۱	soln	2	Preferred		30 días, P
·			i kinggoreski Regliojal	maria e porta do de la	
	slimanisida 1 ma tah 2 ma			the same the same and the same that the same the same to the same the same the same the same the same the same	and the same and t
	glimepiride 1 mg tab, 2 mg	1 1	Preferred	AMARYL	QL=5 días
	tab, 4 mg tab	 	Preferred	GLUCOTROL	QL=5 días
	glipizide 10 mg tab, 5 mg tab		Fleiened	GEOCOTROL	
			大分(1985)[1987] (1984)		
	S. F. M. 1993 Charles of the Control	1011-2012	Antiquale diquiese		
	metoclopramide hcl 10 mg				
	tab, 5 mg tab, 5 mg/ml inj				01 5 1
	soln	1	Preferred	REGLAN	QL=5 días
	trimethobenzamide hcl 300				<u> </u>
	mg cap	1	Preferred	TIGAN	QL=5 días
			idodistracifical	4.5	
	prochlorperazine maleate 10				
	mg tab, 5 mg tab	1 1	Preferred	COMPAZINE	QL=5 días
	prochlorperazine 25 mg rect		· · · · · ·		
1 1	supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	QL=5 días
1.11.40	,	<u> </u>	, ···	·	
7. " /					

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
		TAVA AT R	ioni/atemenaelenies	Zanci cisto de la la la la la la la la la la la la la	
	allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab colchicine 0.6 mg cap	1 3	Preferred Preferred	ZYLOPRIM MITIGARE	QL=5 días PA QL= 3 tab,
		ا م	Non-Preferred	COLCRYS	15días
	colchicine 0.6 mg tab	3		AND THE PROPERTY OF THE PROPER	Julas
		y iz uznik	(อนกัดอะสหมัยสะวาให้มีเพื่ออยู่กับ		
	probenecid 500 mg tab	1	Preferred	BENEMID	QL=5 días
		hit ye			
	Till I Bland I San Aligney	เอเชระอาเล่าสุด	lo Accepta significación significación de la compacta de la compac	SPANIS ANTENCIONO	
	clonidine hcl 0.2 mg tab, 0.3				
		1	Preferred	CATAPRESS	QL=5 días
	mg tab	- ' - 		O/M/M INEGO	<u> </u>
	methyldopa 250 mg tab, 500	ایا	Dueferred	ALDOMET	QL=5 días
	mg tab	1	Preferred	Service of the contract of the	
		40 6-14	divisions is being		
٨	terazosin hcl 1 mg cap, 10				
-CAT	mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	<u>HYTRIN</u>	QL=5 días
199C	fili i i i i i i i i i i i i i i i i i i		Gira Alberta de ligitoria		ry fan Start Nijskelsk sjok
, , ,	losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	QL=5 días
A.H. #4.	losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	QL <u>=5</u> días
	ใฐ้สุดสารและเลือนสาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาราชานาร เลือน	PŽĮVĮTIČA Ž	ote hallmareijeali kasiotesia	กฏิกศระทางสนายารัฐ กฤษ ใ	Granvergijalskrišie. 13.77
	lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZESTRIL	QL=5 días
	lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	1	Preferred	ZESTORETIC	QL=5 días
	The Park State State Control Constant		ncoayong shipenetic		
	amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	NORVASC	QL=5 días

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





	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	o Her [Her]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]	
	diltiazem hcl 120 mg tab, 30	Ţ				
	mg tab, 60 mg tab, 90 mg					
	tab	1	Preferred	CARDIZEM	QL=5 días	
	verapamil hcl 120 mg tab,		D . (CALAN	ا حالت	
	40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	CALAN	QL=5 días	
	ใช้ สาร ใช้ ซาก็ติอกักอะไรการของสารเลยได้		Mini extress Inputter traket	Unitalistalists arrier violaterië	<u> ខែស្រាហ្សាម៉ា</u>	
	acetazolamide 125 mg tab,	ا م	Dunformed	DIAMOY	QL=5 días	
•	250 mg tab	3	Preferred	DIAMOX		
i	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR		is/distortated:astronomic	sident-extra-estation and inter-		
	atenolol 100 mg tab, 25 mg	1	Preferred	TENORMIN	QL=5 días	
	tab, 50 mg tab		Preferred	I ENORWIN	QL-5 dias	
	metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab					
	er 24 hr	1	Preferred	LOPRESSOR	QL=5 días	
	metoprolol tartrate 100 mg	'	110/01104	2377,20001.		
	tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	LOPRESSOR	QL=5 días	
	metoprolol succinate er 100	· · ·				
H	ng tab er 24 hr, 200 mg tab					
W	er 24 hr	2	Preferred	LOPRESSOR	QL=5 días	
	Parity calibration of the	resellanes	angle Teach Adirect (AGI and Edi		ត់តែរាជិត្តស្វែ	
			The transcription was			
,]	#tenolol-chlorthalidone 100-		ina tanàna Maria (1966). Ilay kaominina dia mandritry dia mandritry ao ao ao amin'ny faritry ao amin'ny faritr			
1	⁹ 25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	QL=5 días	
	metoprolol-					
	hydrochlorothiazide 50-25				<u> </u>	
	mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	QL=5 días	
	metoprolol-					
	hydrochlorothiazide 100-25		N D ()	L OPPESSOR HOT	01 -5 -1(
	mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	QL=5 días	
		1000	ading surch surce			
	furosemide 10 mg/ml soln,					
	20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg		Deefersed	LASIX	QL=5 días	
	tab		Preferred	Thouse the transfer of a company was was a configurate with the	-C-12-12-12-12-12-12-12-12-12-12-12-12-12-	
	HANNE TO THE STREET	Aspins)	งไปสำคัญในใหญ่ เป็นการปฏิวันอุนัยใช้เรีย	Chicker in the second s		
	propranolol hel 10 mg tab,					
	20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg] ,	Preferred	INDERAL	QL=5 días	
	tab	1 2	Preferred	INDERAL	QL=5 días	
	propranolol hcl 60 mg tab	<u> </u>	Prejerred	INDEKAL	\\\L=5 ula5	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





					ON DIE
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	The state of the s		Multiplication of the production (ก็กลีลาสะ) สามารถสมาชิก	giother letoscopic	
	spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	ALDACTONE	QL=5 días
	triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50		Preferred	MAXZIDE	QL=5 días
	mg tab				QL-3 dias
			a pince property		
	chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	DIURIL	QL=5 días
	chlorthalidone 25 mg tab, 50		Duefersed	HYGROTON	QL=5 días
	mg tab	1	Preferred Preferred	HTGROTON	QL=5 días
	DIURIL 250 mg/5ml susp		Preleired		QL-5 dias
	hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MICROZIDE	QL=5 días
	indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab	1	Preferred	LOZOL	QL=5 días
. (1	metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL=5 días
)\{\frac{1}{2}}	ohlorthalidone 100 mg tab	2	Preferred	HYGROTON	QL=5 días
/ '	metolazone 10 mg tab	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL=5 días
, ,	The Petition of the State of the Control of the Con	de la como	leteKelesije leterole elejste		
A.H. #1	carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	1	Preferred	COREG	QL=5 días
	hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	QL=5 días
			kg ទោកបាន វាគីប្រែប្រជន	ขึ้นเลง เลยเกิดเมื่องค่าย)	
	mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOPAMAX	QL≃5 días
	pyridostigmine bromide 60 mg tab	2	Preferred	MESTINON	QL=5 días

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





					100000
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	pyridostigmine bromide 180				
	mg tab er	6	Non-Preferred	MESTINON	
			argenesis jengeradi. Ubganlens kanlinde	.б.) so:	
	isoniazid 100 mg tab, 300			1001114710	OL 5 1/-
	mg tab	1 1	<u>Preferred</u>	ISONIAZID	QL=5 días
	rifampin 150 mg cap	1	Preferred	RIFADIN	QL=5 días
	pyrazinamide 500 mg tab	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE_	QL=5 días
	rifampin 300 mg cap	2	Preferred	RIFADIN	QL=5 días
	isoniazid 50 mg/5ml syr	5	Non-Preferred	ISONIAZID	QL=5 días
	rifabutin 150 mg cap			MYCOBUTIN	Puerto Rico
	cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	Health
	CAPASTAT SULFATE 1 gm				Department
	inj				Tuberculosis
	RIFAMATE 150-300 mg cap				Program
	TRECATOR 250 mg tab		and the second wife commence commence in the second of the	n de porte marco de la Colonia marco e o en en esta de Colonia de la colonia de la colonia de la colonia de la	
CA)			vision to Political State (Control of the Control o		
	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
	DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred	ear guint guithir se an tachta tha arabh agailt a tao a tao a till a c	QL=5 días
171.77.]		r (e nisa 2010ko 100a) eta 1	i (grejnyekatatig kilonoptik)	
	amantadine hcl 50 mg/5ml				
	syr	1	<u>Preferred</u>	SYMMETREL	QL=5 días
	pramipexole dihydrochloride				ļ
-	0.125 mg tab, 0.25 mg tab,				
	0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1			MIDADEV	01 5 - 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	,	D	DEOLUD	OI -E dias
	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

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
	bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días
	carbidopa-levodopa-	 	Ticlened	TARCODEL	QL O GIGO
	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
			រកសម្រែស្រីនៅក្នុងដែលប្រែ	es De Aborganilatan -	
	carbidopa-levodopa 10-100	1	Preferred	SINEMET	QL=5 días
	mg tab, 25-100 mg tab carbidopa-levodopa 25-250		Fleiched	OHALIML 1	QL O dido
	mg tab	2	Preferred	SINEMET	QL=5 días
J. A.	carbidopa-levodopa er 25- 100 mg tab er, 50-200 mg tab er	2	Preferred	SINEMET CR	QL=5 días
	Mathitassy as solvensorius			<u> </u>	QL=5 días
1111	selegiline hcl 5 mg tab	3	<u>Preferred</u>	CARBEX	QL=5 dias
A N. FY				૧૯ ૪	(d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d)
	valganciclovir hcl 450 mg	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA, QL≔5 días
	tab		in Variante Variantes V		TA, QL=3 dias
	acyclovir 200 mg cap, 400				
	mg tab, 800 mg tab	1 1	Preferred	ZOVIRAX	QL=5 días
	acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	QL=5 días
		iiilgari	vezanis autor	Addiniversity and	
	amantadine hcl 50 mg/5ml			0)/141/57051	01-5-1/-
	syr	1	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días
	amantadine hcl 100 mg cap	3	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días

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





				Posses
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
		li karal Alberta (h. 1866) 1 maral Alberta (h. 1866)	rigigiras (Aligi: Volki <u>nija (</u>	
terazosin hcl 1 mg cap, 10		NINE STATE OF THE		
mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1 1	Preferred	HYTRIN	QL=5 días
my cap, 2 my cap, 6 my cap	70000000			
	- Villa	ยสามาให้สำเริงโดยโดยโดย	ijelioje i se i s	
warfarin sodium 1 mg tab,				3 del (a) 1 constant 1 de
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	1 1	Preferred	COUMADIN	QL=5 días
heparin sodium (porcine)		Ductomed	HEDADIN	QL=5 días
1000 unit/ml inj soln	2	Preferred	HEPARIN	QL-5 ulas
heparin sodium (porcine)				
10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
heparin sodium (porcine) pf	 	110101104		
5000 unit/0.5ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
heparin sodium (porcine)		<u> </u>		
, 2000 unit/ml iv soln	8	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
有限的中国企业的企业的企业	្រ/-នៀនៀ	kalangar, arenois desilen	ultinies Wijslandss	
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc				PA, QL=5
soln	12	Preferred		días, P PA, QL=5
NEULASTA DELIVERY KIT	40	Preferred		días, P
6 mg/0.6ml sc soln	12			Clas, I
	M 1 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2	(南)以《宝原》等价,总表示序以		<u> </u>
cilostazol 100 mg tab, 50 mg	1 1	Preferred	PLETAL	QL=5 días
tab clopidogrel bisulfate 75 mg	 	TTOTOTOG		
tab	1 1	Preferred	PLAVIX	QL=5 días
NELSELE LE CONTROL DE LA CONTR		ALCONOMICS OF		
	ii ii: Biyib	ales caresania valent	Middle Chine Mill A.S.	
propranolol hcl 10 mg tab,		a de la company de la grant de la company de la company de la company de la company de la company de la company		
20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg			,	
tab	1 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 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]
ſ	sotalol hcl 120 mg tab, 160				
	mg tab, 240 mg tab, 80 mg				,
_	tab	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
	sotalol hcl (af) 120 mg tab,			DETABAGE	01 5 15 -
	160 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
25	propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	QL=5 días
		Eldy Mint	Note and the light state of		
	quinidine sulfate 200 mg tab,		5 ()	QUINIDINE	
	300 mg tab	1	Preferred	SULFATE	QL=5 días
	quinidine gluconate er 324	_	Drofossod	QUINAGLUTE	QL=5 días
	mg tab er	2	Preferred	QUINIDINE	QL=5 dias
	quinidine sulfate er 300 mg	2	Preferred	SULFATE	QL=5 días
	tab er			Manasa ing Galasa	QL Outub
Ē	- Vilatina kal 450 mm ann	2	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
	mexiletine hel 150 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
1	mexiletine hcl 200 mg cap		Trelened		
, 🏻	<u> Parting of Appropriate and Property of the Property of the Company of the Compa</u>				
1 I_	flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TAMBOCOR	QL=5 días
	propafenone hcl 150 mg tab,		1 TOTOTICA	174111111111111111111111111111111111111	<u> </u>
	225 mg tab	1	Preferred	RYTHMOL	QL=5 días
	flecainide acetate 150 mg		1100000	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	
	tab	2	Preferred	TAMBOCOR	QL=5 días
	propafenone hcl 300 mg tab	3	Preferred	RYTHMOL	QL=5 días
2		Nespênyatê	on actions the Nation		
E	amiodarone hcl 200 mg tab	1	Preferred	CORDARONE	QL=5 días
H	PASE BANGSANDATA	árólesi szev	idio Acioni Gradici di Giornia di	eşariste varandırı (össeyil s	ดีผู้เกียวการไปเลือก เกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิด
21	digox 125 mcg tab, 250 mcg		a Light (1967), in Americanian, America (1967) — 200 —	and the second s	
- 1	tab	2	Preferred	LANOXIN	QL=5 días
	digoxin 125 mcg tab, 250		-		
	mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	QL=5 días
	Partition of a contract of a				
	isosorbide mononitrate 10			•	
M	mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	ISORDIL	QL=5 días

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





		_			S GV
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr	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
•	clotrimazole 10 mg		Transcension (Almandian)		
	mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche nystatin 100000 unit/ml	1	Preferred	MYCELEX	QL=5 días, OTC
	mouth/throat susp, 100000 unit/ml crm	1 58,7444	Preferred	NYSTATIN	QL=5 días
		ะ โทสเตโลร์	Levelleren Schenener	Wall States and Telephone	
Λ_	mupirocin 2 % oint	<u>1</u> 1	Preferred	BACTROBAN	QL=5 días
(JAC	silver sulfadiazine 1 % crm	1	Preferred	SILVADENE	QL=5 días
<i>y</i> 10	gentamicin sulfate 0.1 % crm	2	Preferred	GARAMYCIN	QL=1 frasco / 5 días
٠	gentamicin sulfate 0.1 % oint	2	Preferred	GARAMYCIN	QL=1 tubo / 5 días
	া হাছ Adi cholestyramine 4 gm pckt, 4		Jenc ja o Estégio.	ge Dr. Awinley Ellener	
1 11 1	/gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	QL=5 días
A.H. Ah	cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	QL=5 días
	mamfibrazil 600 mg tab	1	Preferred	Tie Value Tie	QL=5 días
	gemfibrozil 600 mg tab	nie de			
	atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	LIPITOR	QL=5 días
	simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZOCOR	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]





				10808 S		
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]		
HIP WHAT HE SERVICE OF THE SERVICE O	ingsag.	ad Julija se Hayiye				
	Pradan	kont / sont ig onnt ig alfajet	<u>ស្ត្រីអង្គមានដែលក្រុម</u> ិន ស្ថិត្ត	Destration of		
famotidine 20 mg tab, 40 mg						
tab	1	Preferred	PEPCID	QL=5 días		
ranitidine hcl 15 mg/ml syr,						
150 mg/10ml syr, 300 mg	,	Darfonad	ZANITAC	QL=5 días		
tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC			
A Partition Nizoella upprantis	顺南岛	and the state of t	Geralion (Secretary Vis			
ursodiol 300 mg cap	2	Preferred	ACTIGALL	PA, QL=5 días		
		ऻॖऒऄॳ॒ऻॎऄ॒ <u>ॳग़ॎ</u> ढ़ज़॔ॄॾॹऄॗऄॖ	Espision (ប្រកាស្ត្រ) 			
omeprazole 10 mg cap dr,		Du fama I	DDII OCEO			
20 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=5 días		
			Celebrate a compressión de la			
phenazopyridine hcl 100 mg	,	D ()	DVDIDILIM	01 -2 4(
tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL=3 días		
	SALEMINE.	a corel agration solls you get the				
√methimazole 10 mg tab, 5		Duefersed	TADAZOLE			
mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE PROPYLTHIOURA	QL=5 días		
numerial things and the	2	Preferred	CIL	QL=5 días		
propylthiouracil 50 mg tab		OF STREET WARRANT CONTROL WAS DRIVED TO STREET		QL-5 dias		
ACTUCIDAD 20 mm tob	C			PA, QL=5 días		
SENSIPAR 30 mg tab	9		-	PA, QL=5 dias		
SENSIPAR 60 mg tab SENSIPAR 90 mg tab	10	<u> </u>		PA, QL=5 días		
		The same of the sa		TA, QE O GIGO		
bromocriptine mesylate 2.5	3,123,110,10	<u> </u>				
mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días		
my tab			CONTRACTOR OF THE STATE OF THE			
levothyroxine sodium 100				Tito (1. 1956 př.) – <u>Př. B</u> ondář (1. 1964 př.)		
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	QL=5 días_		

[•] 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]





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88				
meg tab] 1	Preferred		QL=5 días
	50 (95)	ikasesiki sanin		
Main Mark Company Company Company Company Company Company	Many Medial Charles	वर्गमीलक्ष्याः रुगिन्हाः (दिएए)	encilarin eller	
dexamethasone 0.5 mg tab,	diamental de cigale	and the second s	en California (1966 a commenta control 1976 et 1970 - 1966 de	
0.5 mg/5ml oral elix, 0.5	1			
mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1				
mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg			DECARRON	01 -5 -15
tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON_	QL=5 días
methylprednisolone 32 mg		Preferred	MEDROL	QL≂5 días
tab, 4 mg tab	1	Preferreu	MICDINOL	QL-0 dias
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5				
mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL=5 días
prednisone (pak) 10 mg tab,	· · · · ·			
5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL=5 días
methylprednisolone 16 mg				
//tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	QL=5 días
		Resalleviates (A) A file		
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		QL=5 días, P
ASACOL HD 800 mg tab dr	6	Preferred		QL=5 días, P
		वावित्र (हत्त्व) (विक्रम) है ब्राह्म राम	rijo ka sa sa sa sa sa sa sa sa sa sa sa sa sa	
sulfasalazine 500 mg tab,				01 5 1
500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	QL=5 días
			- Control of the cont	
			6 . <u>632 y </u>	
			pari=proposition by the const	
baclofen 10 mg tab, 20 mg		Dua fa!	LIODEGAL	QL=5 días
tab	1	Preferred	LIORESAL	QL-0 uias
dantrolene sodium 25 mg	,	Preferred	DANTRIUM	QL=5 días
cap, 50 mg cap	2		DUN LIZIONI	QL-0 dias

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]



			····	RORDES!
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
dantrolene sodium 100 mg				
cap	3	Preferred	DANTRIUM	QL=5 días
PARAMETER PROPERTY OF THE PROP	કાજિકામાં	Raevene ir cieloties	AVirgo Aujojeracija alterbija	
cyclobenzaprine hcl 10 mg				
tab	1	Preferred	FLEXERIL	QL=5 días
HEREBY CONTRACTOR TO				
	រដ្ឋាន (ទៅដ		L'Arthololologologologologologologologologolo	
brimonidine tartrate 0.2 %				QL=1 frasco 5 ml
ophth soln	1	Preferred	ALPHAGAN	/ 15 días
dorzolamide hcl 2 % ophth	-	110101104		QL=1 frasco / 30
soln	1	Preferred	TRUSOPT	días
levobunolol hcl 0.5 % ophth	<u> </u>	7.10101104		QL=1 frasco / 15
soln	1	Preferred	BETAGAN	días
levobunolol hcl 0.25 % ophth	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	110101100	5277.07	QL=1 frasco / 15
soln	1	Preferred	BETAGAN	días
timolol maleate 0.5 % ophth	<u> </u>	110101104		QL=1 frasco / 30
soln	1	Preferred	TIMOPTIC	días
timolol maleate 0.25 %	<u> </u>			QL=1 frasco / 25
ophth soln	1	Preferred	TIMOPTIC	días
dorzolamide hcl-timolol mal				QL=1 frasco / 30
ophth sol 22.3-6.8 mg/ml	1	Preferred	COSOPT	días
betaxolol hcl 0.5 % ophth			····	QL=1 frasco / 15
soln	2	Non-Preferred	BETOPTIC	días
基形的基本系统。		Part Hall Part Constitution		
gentamicin sulfate 0.3 %				
ophth oint	1	Preferred	GARAMYCIN	QL=5 días
gentamicin sulfate 0.3 %	 :			
ophth soln	1	Preferred	GARAMYCIN	QL=5 días
				QL=1 frasco / 5
tobramycin 0.3 % ophth soln	1	Preferred	TOBREX	días
	hands	deleta kamen kan di dakar ja	English of the Association of the Association	
latanoprost 0.005 % ophth	25. F. 68. 2	a <u>— 1</u> 10 gilosof 20 de estado 1900		QL=1 frasco /
soln	1	Preferred	XALATAN	25 días
	161515E			
neomycin-polymyxin-			300 700 2002 2004 300 300 300 2004 250 250 2006 2006 2006 2006 2006 2006 2	
dexamethasone 3.5-10000-				[
0.1 ophth oint, 3.5-10000-				
0.1 ophth susp	1	Preferred	MAXITROL	
J. Sprint Gaop				

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





			<u> </u>	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
prednisolone acetate 1 % ophth susp	2	Preferred	PRED FORTE	QL=1 frasco 5ml / 25 días
Halifa Egy	6/6V3100			
		Oile Arente (1994)	Office of the symmetry	QL= 1 frasco /
acetic acid 2 % otic soln	2	Preferred	VOSOL	10 días
neomycin-polymyxin-hc 1 %	O) (P	Anapone (Adhering	ss comoc.	
otic soln, 3.5-10000-1 otic	2	Preferred	CORTISPORIN	QL=1 frasco / 10 días
soln, 3.5-10000-1 otic susp		Preferred	CONTINUE ON IN	10 dias
A Children of the Control of the Con		વાજાની સાર્પાંક ફિલાલો (સ્કૃતી)	eKeralonase 74. jikealijni≧ye.u	
ipratropium bromide 0.02 % inh soln	1 1	Non-Preferred	ATROVENT	QL=5 días
		ម៉ូត្រប៉ុស្តែក្រោះ ខេត្តក្រៀងស្ត្រប៉ុស្តែក្រុង	67/11-19(6)5 (F. 17)	
montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg				
tab chew	1	Preferred	SINGULAIR	QL=5 días
100.40		53463 200 300 15 15 10 15 15 15 15 15		
guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln	1 1	Preferred	CHERATUSSIN	QL=5 días
A A STATE OF	GÖNĞÜ			
FLOVENT DISKUS 100				
mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50				QL=1 pompa /
mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		30 días, P
FLOVENT HFA 110 mcg/act	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
inh aer FLOVENT HFA 44 mcg/act		, iciciica	,	QL=1 pompa /
inh aer	3	Preferred		30 días, P
budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp,	4	Non-Preferred	PULMICORT	QL=5 días, AL 0- 12 años
budesonide 1mg/2ml inh	 '			
susp	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL 0-12 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]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
	ស្វែនិកោត្តស្វែ	alaugalyki ber 2 (Kupakia)	de la comencione de la comencia del comencia de la comencia del comencia de la comencia del la comencia del la comencia de la comencia de la comencia de la comencia de la comencia de la comencia de la comencia de la comencia de la comencia de la comencia de la	inimiaidhe each
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	QL=5 días
	ile prom	apaginencis i Egargagiali	Electrics Strategic out of	Haraos III
albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb soln, 2 mg/5ml syr	1	Preferred	PROVENTIL	QL=5 días
terbutaline sulfate 2.5 mg				
tab, 5 mg tab	1 1	Preferred	BRETHINE	QL=5 días
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	1	Preferred		QL=1 frasco / 30 días, P







A	
acarbose	19
acetaminophen-codeine	13
acetaminophen-codeine #2	,13
acetaminophen-codeine #3	13
acetaminophen-codeine #4	13
acetazolamide	22
acetic acid	37
acyclovir	28
albuterol sulfate	38
allopurinol	21
amantadine hcl	7, 28
amiodarone hcl	30
amlodipine besylate	22
amoxicillin	16
amoxicillin-pot clavulanate	16
ampicillin	16
ASACOL HD	35
atenolol	22
atenolol-chlorthalidone	
atorvastatin calcium	32
azithromycin	14
betaxolol hcl	36 35 7, 33 38
С	
CAPASTAT SULFATE	26
carbamazepine	17
carbidopa-levodopa	27
carbidopa-levodopa er	27
carbidopa-levodopa-entacapone	27
carvedilol	24
cefaclor	17
cefadroxil	14
cefdinir	17
cefprozil	17
cephalexin	14
chloroquine phosphate	26
chlorothiazide	24
chlorthalidone	24
cholestyramine	32

cholestyramine light32 cilostazol29

ciprofloxacin	16 17
ciprotioxacin	. 10, 17
ciprofloxacin hcl	тр
clarithromycin	15
clindamycin hcl	
clonidine hcl	21
clopidogrel bisulfate	29
clotrimazole	31
colchicine	
COLCRYS	
cyclobenzaprine hcl	
cycloserine	25
Lycioseriie	,,,,,2.3
D	
dantrolene sodium	
DARAPRIM	26
DELZICOL	34
dexamethasone	
digox	30
digoxindigoxin	31
DILANTIN	18
diltiazem hcl	
DIURIL	
donepezil hcl	19
dorzolamide hcl	35
Г	
E	
ERYTHROCIN STEARATE	15
erythromycin base	
erythromycin base	15
erythromycin ethylsuccinate	
ethosuximide	18
F	
·	
famotidine	32
flecainide acetateflecainide acetate	
FLOVENT DISKUS	
FLOVENT HFA	
furosemide	
TUroserniae	,,23
G	
gabapentingabapentin	17
gemfibrozil	32
gentamicin sulfate	
glimepiride	20
glipizidegli	20
guaifenesin-codeine	27
yuanenesin-codeine	37
H	
heparin sodium (porcine)	. 28, 29





	heparin sodium (porcine) pf29 HUMULIN 70/3020	N
	HUMULIN N	nabumetone13
	HUMULIN R20	naproxen
		neomycin-polymyxin-dexamethasone36
	hydralazine hcl	neomycin-polymyxin-hc37
	hydrochlorothiazide	NEULASTA29
	hydroxychloroquine sulfate26	NEULASTA DELIVERY KIT29
		nitrofurantoin macrocrystal15
		nitrofurantoin monohyd macro15 NITROSTAT31
	ibuprofen	
	indapamide24	nystatin31
	indomethacin13	
	ipratropium bromide37	0
	isoniazid25	
	isosorbide mononitrate31	omeprazole32
	isosorbide mononitrate er31	ONGLYZA19
		oxcarbazepine18
	K	
	KOMBIGLYZE XR19	Р
	KUMBIGLYZE AK	penicillin v potassium16
		phenezopyridine hcl
	L	
		phenobarbital
	latanoprost36	phenytoin
	levetiracetam17, 18	phenytoin sodium extended18
٨	levobunolol hcl35	pioglitazone hcl20
W	Aqvofloxacin16	pramipexole dihydrochloride26
41	levothyroxine sodium33	prednisolone acetate36
1.	lidocaine viscous14	prednisone34
	lisinopril22	prednisone (pak)34
	lisinopril-hydrochlorothiazide22	primidone18
	, lgsartan potassium21	probenecid21
1	osartan potassium-hctz21	prochlorperazine20
/	9.	prochlorperazine maleate20
	M	promethazine hcl38
	141	propafenone hcl30
	MACRODANTIN15	propranolol hcl23, 29
	margesic14	propylthiouracil33
	MESTINON25	pyrazinamide25
	metformin hcl19	pyridostigmine25
	methimazole33	pyridostigmine bromide25
	methyldopa21	
	methylprednisolone34	Q
	metoclopramide hcl20	
	metolazone24	quinidine gluconate er30
	metoprolol succinate er	quinidine sulfate30
	metoprolol tartrate	quinidine sulfate er30
	metoprolol-hydrochlorothiazide23	
	metronidazole	R
	mexiletine hcl	N
	montelukast sodium	ranitidine hcl32
	mupirocin	rifabutin25
	maps con many	RIFAMATE26



() 達工課金を行い、対策のに、、、、、、「TOPA」を対象がある。 TOPA (A TANDER) TOPA (本) (TOPA (A TANDER) TOPA (A TAND

rifampin25 rivastigmine tartrate19	terbutaline sulfate38 timolol maleate36
ropinirole hcl26	tobramycin36
	topiramate
S	TRECATOR26
salsalate	triamterene-hctz
SENSIPAR 33 silver sulfadiazine 31 simvastatin 32	U
sotalol hcl29 sotalol hcl (af)29	ursodiol32
spironolactone24 sulfamethoxazole-tmp ds17	V
sulfamethoxazole-trimethoprim17	valganciclovir hcl27
sulfasalazine35	VENTOLIN HFA38
SYNTHROID34	verapamil hcl22
Т	W
terazosin hcl21, 28	warfarin sodium28





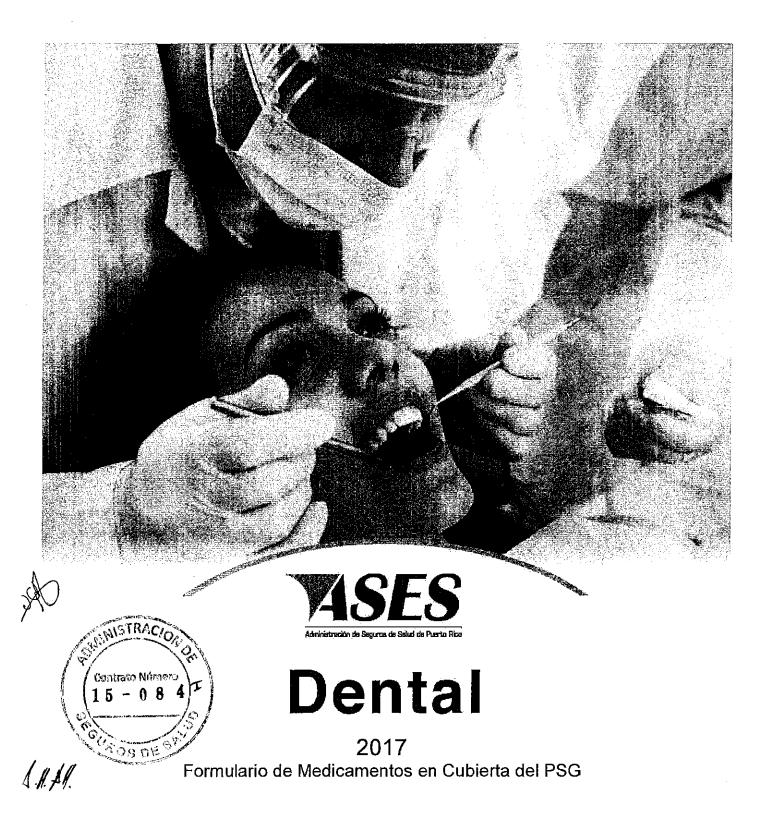


JAM.

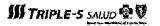
or the ERALL PALL of Lines & All





















Man. Kicursly A, Kosselle Mesares Gobarnador

5m, Augela M. Auta Marrero Olicciora Reculta

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor.

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

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

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

Les exhorto a conservar esta guia para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica www.asespr.org.

Cordialmente,

Angela M. Ávila Marrem Directora Ejecutiva







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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción



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



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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

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



The state of the s

J.H. H.

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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

A.H.M.





PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)	J
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017	7
KEFERENCIA 2017	7
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	/
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	۶ ۶
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]	9
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]	9
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	9
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]	9
Macrolides [Macrólidos]	9
and to the second secon	10
Miscellaneous Antibacteriais [Antibacterianos Miscolaneos]	17
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] Penicillins [Penicilinas]	10







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

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

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

NISTRACION OF		Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
-ontrato Número	THERAPE	UTIC CATE	GORY [CATEGO	ORÍA TERAPÉUTICA	<u></u>
r agat			ic Class [Clase		
3		noriola A	<u>ច</u> រស់(បាត់ថ្ងៃវិទ្ធិ	<u>ក្រុមព្រឹត្ត</u> ាមក្រុមប្រើប្រែកូដូច ក	assing of the state of
UROS PE SE	ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab	1 _	Preferred_	MOTRIN	
A11.79.	naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN_	
٨	naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	<u>Preferred</u>	NAPROSYN_	
	naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab	1 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:



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 medicamente 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 medicamente 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.







Requirements/ Net Reference Name Limits Drug Name [Nombre del Cost [Nombre de [Requerimientos/ Tier [Tier] [Costo Medicamento] Referencia] Limites1 Netol THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] Therapeutic Class [Clase Terapéutica] and the familiar of ibuprofen 400 mg tab, 600 MOTRIN QL=7 días Preferred mg tab, 800 mg tab 1 naproxen 250 mg tab, 375 NAPROSYN QL=7 días Preferred 1 mg tab, 500 mg tab naproxen dr 375 mg tab dr, NAPROSYN QL=7 días Preferred 500 mg tab dr In Plate Facility and Continue value and Manue alpha value described and an analysis of acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 TYLENOLmg tab, 300-30 mg tab, 300-CODEINE QL=7 días Preferred 1 60 mg tab TYLENOLacetaminophen-codeine #2 CODEINE QL=7 días Preferred 1 300-15 mg tab TYLENOLacetaminophen-codeine #3 CODEINE QL=7 días Preferred 1 300-30 mg tab TYLENOLacetaminophen-codeine #4 CODEINE QL=7 días Preferred 1 300-60 mg tab hvdrocodoneacetaminophen 10-325 mg tab. 5-325 mg tab, 7.5-325 QL=7 días VICODIN Preferred mg tab cephalexin 125 mg/5ml susp. 250 mg cap, 500 mg KEFLEX

Preferred

Non-Preferred

Preferred

Non-Preferred

Preferred

DURICEF

KEFLEX

DURICEF

2

2

3

3

cap

cefadroxil 250 mg/5ml susp

cefadroxil 500 mg/5ml susp

ERY-TAB 500 mg tab dr

cephalexin 250 mg/5ml susp

AL ≤ 12 años

AL ≤ 12 años

[•] PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Limite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL -Age Limit [Limite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 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	Net Cost		Reference Name [Nombre de	Requirements/ Limits
Medicamento]	[Costo Neto]	Tier [Tier]	Referencia]	[Requerimientos/ Limites]
erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500				
mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
Susp Pro-United States of the States of the		ច្ចៃក្រៅក្រោយពីម៉ែន	entral properties	
clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	
		ikutelienelli		
amoxicillin 125 mg/5ml susp,				
200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400			·	
mg/5ml susp, 500 mg cap,			A1407/II	
500 mg tab, 875 mg tab	1	Preferred	AMOXIL	
ampicillin 125 mg/5ml susp,				
250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap	1	Preferred	PRINCIPEN	
penicillin v potassium 125	 			
mg/5ml soln, 250 mg tab,				
250 mg/5ml soln, 500 mg]		VEETIDO	
tab	11	Preferred	VEETIDS	<u> </u>

A.H. H.



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



القيساء والمعالمين والمراجع والمنطور والمعالي والمعالي والمعالي والمعالي والمناس والمعالي والمعالي والمعالي

A	
acetaminophen-codeine	
acetaminophen-codeine #2	9
acetaminophen-codeine #3	9
acetaminophen-codeine #4	9
amoxicillin	10
ampicillin	10
C	
cefadroxil	9
cenhalexin	9
clindamycin hcl	10
E	
E.E.S. GRANULES	10
EDVEED 200	10

ERYPED 400.....10

ERY-TAB	10
ERYTHROCIN STEARATE	10
erythromycin base	10
erythromycin ethylsuccinate	10
Н	
hydrocodone-acetaminophen	9
1	
ibuprofen	9
N	
naproxen	9
naproxen dr	9
Р	
penicillin v potassium	10

J. H. H.





44. 《中国中国 \$4.11.11 · 34.40 · 4.44.10 · 25.41 · 1.4

H

A.H. H.









Oncología

2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG















Han, Bicardo A, Ausselia Necares Gobernschar

Sra, Argola M. Avla Marrero Olicelora Escutivo

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

Les exhanto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en mestra, página electrônica <u>www.ascspr.org</u>.

Cordialmente,

A.H. A.H

Angela M. Ávila Marrero Directora Ejecutiva Contrato Número

15-0847

OR

OCLAOS DE SALSO

YASES



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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción



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



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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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



Página 3 de 27



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



wit

1.11.11



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

A.H.M.





PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO



FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

	ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	<i>3</i>
	DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)	3
	DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.	
///	RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	9
·#. /	WEDICAVIENTOS GENERICOS	10
	THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]	11
	ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	11
	Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDS) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]	
. 1	Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración]	11
M	Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]	12
	ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]	
	Local Anesthetics [Anestésicos Locales]	13
	ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	
	Macrolides [Macrólidos]	
	Penicillins [Penicilinas]	14
	Quinolones [Quinolonas]	
	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]	
	Phenothiazines [Fenotiazinas]	
	ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]	



 $\label{eq:continuous} \mathcal{A}_{ij} = \mathbf{r}_{ij} + (1-\epsilon_{ij}) + (1-\epsilon_{ij}$

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

Gontrato Número
15 - 08 4

OLPOS DE SALS



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

ANN.





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

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

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

EDMINISTRACION CA	Drug Name (Nombre del Medicamento)	Net Cost (Costo Neto)		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
-Will	THERAPE	UTIC C.	ATEGORY [CATEGO	ORÍA TERAPÉUTICA	Nj .
\\$\\ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\		Therap	eutic Class [Clase]		
Contrato Número	va vimleta teraka ilindra	nia a y	A: In Color of the	<u>ที่เข้าเป็นเป็นเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิด</u>	izioodimik
15-084	ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab	1.	Preferred	MOTRIN	
\mathrew \(\text{\text{\$\gamma_{\text{\$\gmma_{\text{\$\endown}}}}}} \end{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmn_{\cmt\{\endown}}}}} \end{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmn}}}}} \end{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmma_{\text{\$\gmn_{\text{\$\gmn_{\cmt\{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\text{\$\gmn_{\text{\$\gmn_{\text{\$\gmn_{\cmt\{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\text{\$\gmn_{\text{\$\gmn_{\cmt\{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \end{\text{\$\gmn_{\endown}}} \text{\$\gmn_{\endow	indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
OU POS DE SAV	nebumetone 500 mg teb, 750 mg teb	1	Preferred	RELAFEN	
Λ	naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	
)(A)	naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	NAPROSYN	
	naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab	1	Preferred	ANAPROX	
A.H. H.	sulindac 150 mg tab, 200 mg tab	_1	Preferred	CLINORIL	
•	celecoxib 50 mg cap	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 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:

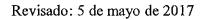
1	menos de \$20	Menos costoso mensualmente
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	•
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	CTD
14	\$3,500 - \$3,999	EDMINISTRACION CON
15	\$4,000 - \$4,499	POIN AND
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	Contrato Número
18	\$5,500 - \$5,999	15-0845
19	\$6,000 - \$6,499	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	OFFICI POS DE SALIO
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 medicamente 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 medicamente 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.





2

3

3

3

4

Requirements/ Reference Name Drug Name [Nombre del Limits Cost Tier [Tier] [Nombre de [Requerimientos/ Medicamento) Costo Referencia] Límites] Neto] THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] Therapeutic Class [Clase Terapéutica] ibuprofen 400 mg tab, 600 QL=15 días 1 mg tab, 800 mg tab Preferred MOTRIN No refills nabumetone 500 mg tab, Preferred RELAFEN 750 mg tab 1 naproxen 250 mg tab, 375 QL=15 días 1 mg tab, 500 mg tab Preferred NAPROSYN No refills naproxen dr 375 mg tab dr, QL=15 días 500 mg tab dr 1 Preferred **NAPROSYN** No refills sulindac 150 mg tab, 200 1 CLINORIL Preferred mg tab meloxicam7.5 mg tab, 15 QL=15 días 1 Preferred **MOBIC** No refills mg tab indomethacin 25 mg cap, 50 Non-Preferred 1 INDOCIN mg cap Panda Catalyna in the former the figure of the former content of the figure of the former of the former of the former of the figure of t fentanyl 25 mcg/hr td patch 2 Preferred DURAGESIC 72 hr QL=15 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]

Preferred

Preferred

Preferred

Preferred

Preferred

DAZIDOX

DURAGESIC

MORPHINE

DAZIDOX

DURAGESIC





oxycodone hcl 10 mg tab

fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72

morphine sulfate er 15 mg

oxycodone hcl 20 mg tab

fentanyl 100 mcg/hr td patch

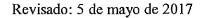
tab er

72 hr

No refills

QL=15 días

No refills



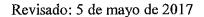




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
morphine sulfate er 30 mg tab er	4	Preferred	MORPHINE	
morphine sulfate er 60 mg tab er	5	Preferred	MORPHINE	
morphine sulfate er 100 mg tab er	6	Preferred	MORPHINE	
High the Shope Acting Leader	CA FILE	reine Parillenia de	Other expectation	
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-			TYLENOL-	QL=15 días
60 mg tab	1_1_	Preferred	CODEINE	No refills
acetaminophen-codeine #2 //300-15 mg tab	1	Preferred	TYLENOL- CODEINE	QL=15 días No refills
acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab	1	Preferred	TYLENOL- CODEINE	QL=15 días No refills
acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab	1	Preferred	TYLENOL- CODEINE	QL=15 días No refills
hydrocodone- acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 7.5-500 mg/15ml soln	1	Preferred	VICODIN	QL=15 días No refills
hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	DILAUDID	
meperidine hcl 50 mg/ml inj soln	1	Preferred	DEMEROL	
morphine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab	1	Preferred	MORPHINE	
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab	1	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
tramadol hcl 50 mg tab	1	Preferred	ULTRAM	
codeine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab	2	Preferred	CODEINE	

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

Página 12 de 27

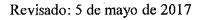






	108 DE 57	<u>/ </u>			
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	meperidine hcl 100 mg/ml inj soln	2	Preferred	DEMEROL	
	morphine sulfate 10 mg/5ml soln	2	Preferred	MORPHINE	
	morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln	2	Preferred	MORPHINE	
	hydromorphone hcl 8 mg tab	3	Preferred	DILAUDID	
	oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab	3	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
	hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid	4	Preferred	DILAUDID	
	the control of the co	a seguine and all and and are	edič <u>ios iz ogra</u> kč	dsi mjal	
	lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
N ~			ingska <u>das Maadolla</u> Ferkska <u>das Maadolla</u>		
	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 dr	3	Preferred		
J.H. #4	erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	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]



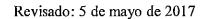
ROMINISTRACION.	
Contrato Número 1 5 - 0 8 4	ASES ONCOLOGIA

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

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



L.H. F







POS DE S		<u></u>		
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]) Her[Her]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
BICILLIN L-A 1200000		 .		
unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000				
unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
	į			
ciprofloxacin hcl 250 mg tab,	1	Preferred	CIPRO	
500 mg tab, 750 mg tab	<u> </u>	Fielellea	CIFRO	
levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	LEVAQUIN	
ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp	3	Preferred	CIPRO	
ciprofloxacin 250 mg/5ml				
(5%) susp	4	Preferred	CIPRO	
图例和最终是建筑级	# <u></u>	date francier i Saul forest		
sulfamethoxazole-tmp ds				
800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
sulfamethoxazole- trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
sulfadiazine 500 mg tab	4	Preferred	SULFADIAZINE	
		a variation de la company de la company de la company de la company de la company de la company de la company La company de la company d	ignorial de la companya de la compan	
gabapentin 100 mg cap, 300				
mg cap, 400 mg cap, 600	.			
mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	NEURONTIN	
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		
gabapentin 250 mg/5ml soln	2	Preferred	NEURONTIN	
phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew	2	Preferred	DILANTIN	
phenytoin sodium extended				
100 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	
1.4				

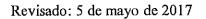
A.H. FI.

Revisado: 5 de mayo de 2017

EDMINISTRACION	
Contrato Número 15 - 08 4	ASES
ROLL CAL	ONCOLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
n in the first of the transport of the first	iiitėk:	(III) (A) (An Richard A)	ing ing salah salah salah salah salah salah salah salah salah salah salah salah salah salah salah salah salah s	HANKA ANGER
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	
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml			Tigog histoletinensi	
inj soln promethazine hcl 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln	1	Preferred Preferred	REGLAN PHENERGAN	
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	
thimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	
		iolateroes Feig F		
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	
ा विक्रिकाल अस्ति। स्वयंतिक स्थान	ilioni Miggaliai		anderska distriktioner	
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	

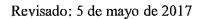
AHH.





ASES ONCOLOGIA

	108				
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
		11.9 77 (3)			
		Part Parti	hyperlagaymana		
	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	
			Aghran Asannas d	illeren el E	
	acyclovir 200 mg cap, 400	Aprilian - 44 to being 2 termin med 4	garanda esta matematika mendelengia kendelengia di kendelengia di kendelengia di di di di di di di di di di di Silah di di di di di di di di di di di di di	The state of the s	
	mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
	acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
		ri Garas	admistabili,		
	cyanocobalamin 1000	92 81 81 81 61 6 7 <u>11</u>		ng (1976) <mark>dalah dalah dalam dalah d</mark>	
	Incg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
X9/		strative th		erre en information de la constant d	
/	NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml	16,712, 17,824		: - 4일 <u>은 2015</u> (1) 4 35 () 10 전 무슨 6 2 19 전 19 전 20 전 20 전 20 전 20 전 20 전 20 전 20 전 2	
	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				
	ini soln	12	Preferred		PA, P
	name alabyahranakan da kabada	Me Hills	Tentration and	sangwent kasar ner cally	
	ARANESP (ALBUMIN			Addition of the control of the contr	
	FREE) 100 mcg/0.5ml inj				
	soln	1	Preferred		PA, P
	PROCRIT 2000 unit/ml inj				
	soln, 3000 unit/ml inj soln,				
//	#000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
N.H.	7°9.				





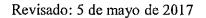


	<u>/~/</u>			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]) Her[Her]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 25 mcg/0.42ml inj	[_	D ()		
soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj	_	Df		DA D
soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN	_	Deefersed		DA D
FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN	0	1 Teleffed		1 7, 1
FREE) 150 mcg/0.3ml inj			,	
soln, 150 mcg/0.75ml inj	ľ			
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
	27 a 2 2 2	A poeles lo le los e		
folic acid 1 mg tab, 400 mcg				
tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj				
soln	5	Non-Preferred	-,-,	
//NFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		

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

X

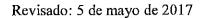
Página 18 de 27





	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
	11 1 1 1 1 1 1 1 1 1		E ELECTRICATION CONTRACTOR LEGIS		
	lomustine 10 mg cap	3	Non-Preferred	CEENU	
	ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred	OLLIVO	
	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	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
	leght leght by the Artist (distan				
	STIVARGA 40 mg tab	21	Preferred		PA, P
٨					
	bicalutamide 50 mg tab	2	Preferred	CASODEX	
)Y\\`	flutamide 125 mg cap	4	Non-Preferred	EULEXIN	PA
,			enigszentyje		
	tamoxifen citrate 10 mg tab,		5 ()	NOUVADEV	
	20 mg tab	1	Preferred	NOLVADEX	
			endonesakolorek		
	hydroxyurea 500 mg cap	2	Preferred	HYDREA PURINETHOL	
	mercaptopurine 50 mg tab	2	Preferred	METHOTREXATE	
	methotrexate 2.5 mg tab	7	Preferred		<u> </u>
	capecitabine 150 mg tab	11	Preferred Preferred	XELODA XELODA	PA
	capecitabine 500 mg tab				PA
		10	Preferred		
	SPRYCEL 20 mg tab SPRYCEL 50 mg tab	13	Preferred		PA, P PA, P
111	matinib 100 mg tab	13	Non-Preferred	GLEEVEC	PA, F
A. #. #	Amadino too ng tab		MON-1 Teleffed		17

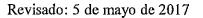
[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly 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]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	SPRYCEL 70 mg tab	14	Preferred		PA, P
	TASIGNA 200 mg cap	15	Preferred		PA, P
	SPRYCEL 80 mg tab	17	Preferred		PA, P
	TASIGNA 150 mg cap	18	Preferred		PA, P
	SPRYCEL 100 mg tab	19	Preferred		PA, P
	AFINITOR 2.5 mg tab	20	Preferred		<u>PA, P</u>
	NEXAVAR 200 mg tab	20	Preferred		PA, P
	SPRYCEL 140 mg tab	20	Preferred		PA, P
	AFINITOR 10 mg tab, 5 mg				
	tab, 7.5 mg tab	21	Preferred		PA, P
	imatinib 400 mg tab	23	Non-Preferred	GLEEVEC	PA
	is the same of the same of the	oth like	opethe lavidopile	Sidos De Prones line	
	megestrol acetate 20 mg				
	tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
	megestrol acetate 40 mg/ml				
	susp, 400 mg/10ml susp_	2	Preferred	MEGACE	
٨.	Plant Control		lancors (Individual English)		
	anastrozole 1 mg tab	1	Preferred	ARIMIDEX	
1/	的 是是不是一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个		iunte estis land	igistus es presentados.	
,	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	
	The property of the second	m/ey/lotte	telesetion in this thic	पुर्वकृति । अस्य अस्य । अस्य अस्य ।	
	LUPRON DEPOT 11.25 mg				
	im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA, P
	LUPRON DEPOT-PED				
	11.25 mg im kit, 15 mg im				545
	kit, 7.5 mg im kit	8	Preferred		PA, P
	LUPRON DEPOT 22.5 mg		Duafa 1		P^ P
,	im kit, 30 mg im kit	9	Preferred		PA, P
A.H.A	(/.				







		-cP'/			
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
	leuprolide acetate 1 mg/ 0.2 ml inj kit		Non-preferred		PA
	ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
	Participate de la Misco de la cesta de la cesta de la cesta de la cesta de la cesta de la cesta de la cesta de		eceletance Athirten	alas and this salation	
	MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred	- Menga, has a section will be a section of the sec	PA
	ACTIMMUNE 2000000	1			
	unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
		Restro III			
	etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
		11.59.2M()	Ever Ward Constitution and		
	ETRICIES OF THE		inidii ce isidayajihi mus		
	clotrimazole 10 mg				
	mouth/throat lozenge, 10 mg				
	mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	отс
	nystatin 100000 unit/ml	'	Troioned	WITOLLEX	010
	mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
٨.	Estada de Cuos	SARA (
18V		13251242			
/ Y	9.5	35 P 33 S S			
	fluorouracil 2 % soln, 5 % soln	3	Preferred	EFUDEX	
	fluorouracil 5 % crm	4	Non-Preferred	EFUDEX	
		Y NEXT COLUMN	Non-Freieneu		
		(1917년) '동리 (2월 27일)			
	misoprostol 100 mcg tab,		Duefermed	OVECTED	
	200 mcg tab	1	Preferred	CYTOTEC	
	sucralfate 1 gm tab	1	Preferred	CARAFATE	
	CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
				indisoletanio	
	famotidine 20 mg tab, 40 mg		D. 6	DEDOID	
/ "	tab	1]	Preferred	PEPCID	
A.H.A	I.V.				
7	•				



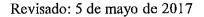
Revisado: 5 de mayo de 2017

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	
प्रमुख असी अस्परेक्क्स स्वास्त्र	វត្រាត់ដែល	ដែលស្រីស្រីស្រីស្រីស្រីស្រីស្រីស្រីស្រីស្រី	Editorilazionalización	
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
omeprazole 40 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
		्रे इत्स्मृत्यान् <u>स्यानम्</u> यास्य	godicologica	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
	er a state of the second	ระบาง (การการการการการการการการการการการการการก	Kiegosty ake obliżeg JKS oblekty Ministra	
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		PA, P
cyclosporine modified 25 mg	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
NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		PA, P
cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap	6	Preferred	SANDIMMUNE	PA
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap	6	Preferred		PA, P
NEORAL 100 mg/ml soln	7	Preferred		PA, P

ONCOLOGIA

A.H.A.

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







To page 1	<u>. 9`/</u>			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requiremen Limits [Requerimient Límites]
	PROCES			
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		Preferred	DECADRON	
tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	-
MEDROL 2 mg tab	 	Fleterieu		
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	
methylprednisolone (pak) 4	<u>'</u>	110101100	INEBITOE	<u> </u>
mg tab	1 1	Preferred	MEDROL	ŀ
prednisolone 15 mg/5ml		1,000.00		
soln, 15 mg/5ml syr	1	Preferred	PRELONE	
prednisone 1 mg tab, 10 mg				
tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5				
mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
prednisone (pak) 10 mg tab,				
% √5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	<u> </u>
hydrocortisone 10 mg tab,			000777	1
20 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	CORTEF	1
methylprednisolone 16 mg		Dformed	MEDDOL	
tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL _	
azathioprine 50 mg tab	1	Preferred	IMURAN	
mycophenolate mofetil 200				
mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab	2	Preferred	CELLCEPT	PA
tacrolimus 0.5 mg cap	3	Non-Preferred	PROGRAF	PA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		PA, P
tacrolimus 1 mg cap	4	Non-Preferred	PROGRAF	PA
sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg				
tab, 2 mg tab	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6	Preferred		PA, P

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





Revisado: 5 de mayo de 2017

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]) Her[Her]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
tacrolimus 5 mg cap	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		PA
A LEFE EXCEPTION CO	Medic	Reputer Vertues	<u>ំប្រើត្រប់ស្រីកែទើលទ</u> ើឡាម៉ា	
calcitriol 0.25 mcg cap	1	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 0.5 mcg cap	2	Preferred	ROCALTROL	

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

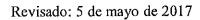
etoposide27





	Α .	
	acetaminophen-codeine	12
	acetaminophen-codeine #2.	12
		12
		13
	ACTIMMUNE	27
	acvclovir	20
	AFINITOR	25
		23
		16
		16
		16
	anastrozole	26
		E)21, 22
	azathioprine	31
	azithromycin	14
	В	
	hicalutamide	24
		16, 17
	DIOIEEN E / C	
	С	
	_	31, 32
Λ	capecitabine	24
	CARAFATE	28
19	ciprotioxacin	17
1,	~ciprопохасіп псі	17
	ciaritiromycin	15
	CIOUIMAZOIE	27 13
	consequence surviva	20
,,	cyclosporine modified	79
H,	The	29 29
٠.		
	D	
	dapsone	19
		30
	DEXFERRUM	22
	DILANTIN	18
	E	
	EEC CDANUIEC	15
		15
		15
		15 15
		15
	erythromycin othylogopiacta	15
	erythromycin ethylsuccinate	

F
famotidine28
fentanyl11, 12
fluconazole19, 20
fludrocortisone acetate28
fluorouracil27
olic acid22
0//0 40/4
G
gabapentin18
GLEEVEC25
Н
11
nydrocodone-acetaminophen13
nydrocortisone30
nydroconsono
nydroxyurea24
1
•
buprofen11
matinib25
ndomethacin11
NFED22
ron22
VI 1-11,(1,1)
K
retoconazole20
L
h
eucovorin calcium26
.EUKERAN23
euprolide acetate26
evofloxacin17
idocaine viscous14
omustine
UPRON DEPOT
UPRON DEPOT-PED
UPRUN DEPUT-PED26
M
MATULANE27
MEDROL30
negestrol acetate25, 26
neloxicam
neperidine hcl
moporiumo nor13







mercaptopurine24	prednisone	30
methotrexate24	prednisone (pak)	
methylprednisolone	prochlorperazine	
	prochlorperazine edisylate	19
methylprednisolone (pak)30	prochlorperazine maleate	19
metoclopramide hcl	PROCRIT	21 22
misoprostol28	promethazine hcl	19
morphine sulfate13, 14	ргонивалив пог	,
morphine sulfate (concentrate)14		
morphine sulfate er12	R	
mycophenolate mofetil31		
mycophenolic acid31	ranitidine hcl	
MYLERAN23	RAPAMUNE	31
N	S ·	
nabumetone11	SANDIMMUNE	29
naproxen11	sirolimus	31
naproxen dr11	SPRYCEL	
NEORAL29	STIVARGA	
NEULASTA20	sucralfate	
NEUPOGEN20	sulfadiazine	
NEXAVAR25	sulfamethoxazole-tmp ds	
nystatin27	sulfamethoxazole-trimethoprim	
773 California	sulindac	
0	<u>_</u>	
,	T	
omeprazole28	. "	24
ondansetron18	tacrolimus	
ondansetron hcl18	tamoxifen citrate	
oxycodone hcl11, 12	TASIGNA	
oxycodone-acetaminophen13, 14	temozolomide	
	terbinafine hcl	
P	tramadol hcl	
	trimethobenzamide hcl	19
penicillin g procaine16		
penicillin v potassium16	7	
phenytoin18	_	
phenytoin sodium extended18	ZOLADEX	27
prednisolone30		

Revisado: 5 de mayo de 2017

3 (t) (summing (1) \frac{1}{2} \div 2)





in the Market Country of the Earth Country of the C

H

A.H.A.







Sub-Formulario de Salud Mental

2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG















Han, Hicardo A. Rosseiió Novares Goberosdor

5ra, Argola M. Avila Marrero Directora Escuelvo

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor.

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

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

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

A.H.M.

Les exhorto a conservar esta guia para su referencia. La misma también está disponible en mestra página electrónica <u>www.usespr.oru</u>.

Cordialmente.

Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva







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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción



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



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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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





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

ANN ANN

Contrato Número



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

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

4. Regla de Emergencia

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

JAK

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

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









PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

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



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

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

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

/	COMINISTRACION DE
	Contrato Número
A C	CUROS DE SAL
A.H	1 pl.

Orug Name (Nombre det Medicamento)	Net Cost [Costa Neto]	Tier (Tier)	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE	UTIC CA	TEGORY [CATEGO	RÍA TERAPÉUTICA]	
	Theraper	utic Class [Clase T	erapéutica]	
E1. 特别的图 医无线管动脉	TAMES	ANTERNA PROPERTY	PROPERTY OF THE PROPERTY OF TH	
NOT THE PARK HE WAS A COLUM	i grandi	Fredhire Latinger		
diazepam 10 mg tab, 2 mg lab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	QL=5 días
lorazepam 0.5 mg (ab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	QL=5 dras
ង ដែលម៉ែងមានមានពីក្រើបារ៉ាន់ការប្រភព	irlations (f	nakanana esparin	Gilling Choig Lie	Out to the second
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
sage and Indeed in the		e <u>narme keld</u> a	andrian Resilveliblessions	
bupropion hel 75 mg tab	1	Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
bupropion hal er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	QL=30 días

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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



	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	
1 , 11	18	\$5,500 - \$5,999	
11.11	19	\$6,000 - \$6,499	
, , , , ,	20	\$6,500 - \$6,999	
	21	\$7,000 - \$7,499	
	22	\$7,500 - \$7,999	
٨	23	\$8,000 - \$8,499	
	24	\$8,500 - \$9,000	
	25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente
•			

Se recomienda se considere prescribir el medicamente 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 medicamente 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.







ON DE SI	1		1	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPE	UTIC CAT	EGORY [CATEGO	RÍA TERAPÉUTICA]	
	Therape	utic Class [Clase T	erapéutica]	
		regions louber		
diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	QL=5 días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	QL=5 días
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg				
cap	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
Carried And the man of pulsar annual content of Man Content of the		argesperies through	r (4. 190 s. 191) Prostator Wiscoski (190	
bupropion hcl 75 mg tab	1	Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	QL=30 días
mirtazapine 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	REMERON	QL=30 días
trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DESYREL	QL=30 días
bupropion hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN XL	QL=30 días
mirtazapine 15 mg odt, 30 mg odt, 45 mg odt	3	Non-Preferred	REMERON	QL=30 días
citalopram hydrobromide 10		Talifina (laboration)		
mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	CELEXA	QL=30 días
fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap	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]





	No sep				
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	paroxetine hcl 20 mg tab, 30				
	mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	PAXIL	QL=30 días
	sertraline hcl 100 mg tab, 25				
	mg tab, 50 mg tab	11	Preferred	ZOLOFT	QL=30 días
	venlafaxine hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab	1	Preferred	EFFEXOR	QL=30 días
			y have a mande		
	amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab	1	Preferred	ELAVIL	QL=30 días
	doxepin hcl 10 mg cap, 25				
1 11 1	ymg cap, 50 mg cap, 75 mg				
A.11.11	. cap	1	Preferred	SINEQUAN	QL=30 días
ŕ	imipramine hcl 10 mg tab,		5 .	TOFDANII	01 00 -15
	25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOFRANIL	QL=30 días
Ac	nortriptyline hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	PAMELOR	QL=30 días
7 10	doxepin hcl 100 mg cap, 150			- "	
	mg cap	2	Preferred	SINEQUAN	QL=30 días
	havetvaning manufate 0.5				
	benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	QL=30 días
		ios () () ()			
	risperidone 0.25 mg tab, 0.5				
	mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab,	_	Du - £ 1		01-5-4:
	3 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	RISPERDAL	QL=5 días
			AND THE RESIDENCE OF THE PARTY	Manage And and Ma	
	haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	HALDOL	QL=5 días
	haloperidol 5 mg tab	2	Preferred	HALDOL	QL=5 días
	haloperidol 10 mg tab	3	Preferred	HALDOL	QL=5 días
į	haloperidol 20 mg tab	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]





CASS	~/ 		4.4	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	(f) (kg) (169)	Complete Language	QEr Dagit	
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	QL=7 días
folic acid 1 mg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	QL=7 días
ibuprofen 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL=7 días
loperamide hcl 2 mg cap	1	Preferred	IMODIUM	QL=7 días
vitamin b-1 100 mg tab	1	Preferred	THI <u>AMINE</u>	QL=7 días
2 and the contract of the second of the seco			Proposition of the second	
divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	QL=30 días
lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab	1	Preferred	LAMICTAL	QL=30 días
valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr	1	Preferred	DEPAKENE	QL=30 días
	40.189.46	图 智能的 电简色流电		2000年2月1日
		ryker ir de Egoldati.		
amphetamine- dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab	2	Preferred	ADDERALL	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
amphetamine- dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	3	Preferred	ADDERALL	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred	DEXEDRINE	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24 hr, 10 mg cap er 24 hr	4	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL	4	Non-Preferred	DYANAVEL XR	PA, AL 6-20 años

[•] PA — Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA — Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL — Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST — Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL — Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] — Please refer to page 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]
REPHARISERIA MARANTANIA	Nap <i>t</i> uko	tegaragas JUDANS		
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	QL=7 días
dexmethylphenidate hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	FOCALIN	QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años
methylphenidate hcl 5 mg	2	Preferred	RITALIN	QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años
dexmethylphenidate hcl 10 mg tab	3	Preferred	FOCALIN	QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años
methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab	3	Preferred	RITALIN	QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años
STRATTERA 10 mg cap, 100 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap	4	Preferred		PA, QL=30 días, AL 6-20 años, PA ≥ 21 años, P
flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap	_ 1	Preferred	DALMANE	QL=5 días
temazepam 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	RESTORIL	QL=5 días
Hankenin eitestein	mani di Ay	ings paring ing	guiga manuari	
zolpidem tartrate 10 mg tab, , 5 mg tab	1	Preferred	AMBIEN	QL=5 días



[•] 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 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual] • P — Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



L

A	lamotrigine	11
amitriptyline hcl10	loperamide hcl	
amphetamine-dextroamphetamine11	lorazepam	
В	M	
benztropine mesylate10	methylphenidate hcl	
bupropion hcl9	mirtazapine	9
bupropion hcl er (sr)9		
bupropion hcl er (xl)9	N	
С	nortriptyline hcl	10
citalopram hydrobromide9	Р	
clonidine hcl11, 12	•	
	paroxetine hcl	10
D .	R	
dexmethylphenidate hcl12	n	
dextroamphetamine sulfate12	risperidone	10
dextroamphetamine sulfate er12	··- -	
diazepam9	S	
divalproex sodium11	3	
doxepin hcl10	sertraline hcl	10
12 YANAVEL XR12	STRATTERA	
\mathbb{N}	<u> </u>	
F	Т	
fluoxetine hcl10	temazepam	12
flurazepam hcl12	trazodone hcl	9
folic acid11		
Н	V	
II	valproic acid	11
haloperidol11	venlafaxine hcl	
hydroxyzine pamoate9	vitamin b-1	
1	Z	
ibuprofen11	zolpidem tartrate	13
imipramine hcl10	20,000.11 (01,000.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00	
NISTRA		



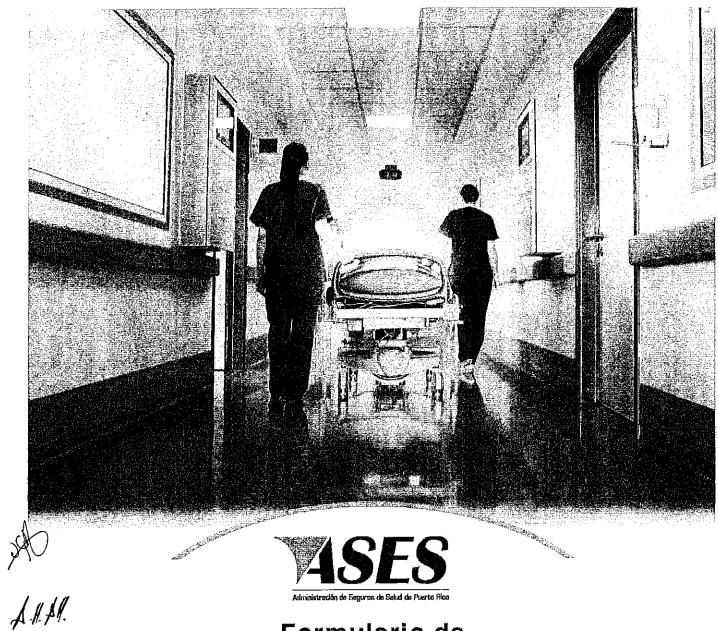


• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly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

JAN.







Formulario de

Emergencia Integrado (FEI)

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG





SS TRIPLE-S SALUD ♥ ♥

me21









Han, Ukardok, Reijsted Howing. Gelmeneder

Sil. Argela M. Aria Maireiro Directora (Secola)

I de mayo de 2017

A TODOS LOS PROVERDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOMERNO (PSG)

Balmada parvector.

Me place presentaries el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Fisica y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el enidado médico hajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Cobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Saind Fisien incluye: Dental, Netrologia, Ob-Gyn, Oncologia, Formulario de Emergencia Integrado, VIII-SIDA y Sub-fisico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental euenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquintros contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aqui incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéntica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacénticos elinicos. Este comité se reine periódicamente para evaluar las clases tempénticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos elínicos. El FMC es un documento dinámico, el enal puede sufrir cambios, las cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhacto à conservar esta gula para su referencia. La misma también está disposible en mestra página electrónica <u>wave asestir arti</u>.

A.H.Al. Cardialmente.

Angelii M. Avita Marrero Directora Ejecutiva







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

Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

Proceso de Excepción

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

POSDE

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

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

Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

Farmacia (Pharmacy Benefit Manager o "PBM") contratado por ASES.



- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones ("refills"). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.

G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados "AB", así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.

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.

A.M.M.



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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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







PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO



FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)
2017

TABLA DE CONTENIDO

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



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

DMINISTRACIO

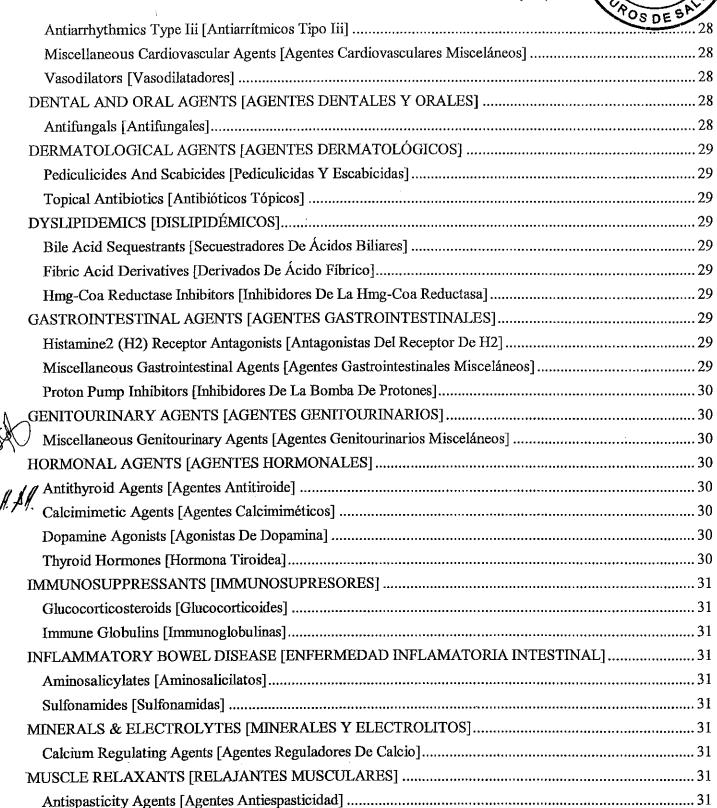


Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	23
Vasodilators [Vasodilatadores]	
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]	23
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]	23
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]	23
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]	24
Antituberculars [Antituberculosos]	24
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	24
Antimalarials [Antimaláricos]	
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	24
Anticholinergics [Anticolinérgicos]	
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]	24
Dopamine Precursors [Precursores De Dopamina]	25
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSICÓTICOS]	
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]	25
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]	26
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	26
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]	26
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus] Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]	26
Anti-Influenza Agents [Agentes Antinnuenza]	26
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA	0.6
BENIGNA]	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	
Anticoagulants [Anticoagulantes]	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]	
Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas]	
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]	
Antiarrhythmics Class Ii [Antiarrítmicos Clase Ii]	
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]	
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]	
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]	28

ADMINISTRACION OF

Contrato Número





DMINISTRACION

Contrato Número



,	22
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]	52
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]	. 32
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]	. 32
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]	32
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	33
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	33
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	. 33
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]	., 33
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	33
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]	33
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]	33
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]	34
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	34

L.H.M.





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

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

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

ADMINISTRACION OF	\
Sontrato Número 5 - 0 8 4 5	
FOUT POS DE SALIS	,
Je Chris	
L.H.A.	

Drug Name [Nombre del Metticamanio]	Nei Cost [Costa Nelo]	Tier (Tier)	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits (Requorimientos /Limit es)
THERAPE			ORÍA TERAPÉUTICA	1
		tic Class [Clase		
"Nonsteroldal And Inflan	ematory A	gents (Nealde) [/	Anti-Inflamatorios No	Enteroidalee]
ibuprofen 400 mg (ab., 600 mg (ab., 800 mg (ab	1	Preferred	MOTRIN	QL = 5 días
Indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	111	Non-Preferred	INDOCIN	QL = 5 dias
nabumelone 500 mg tab, 750 mg tab	.1	Preferred	RELAFEN	QL = 5 d(as
naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	QL = <u>5</u> d(as
naproxen sodium 275 mg (ab, 550 mg lab	1	Preferred	ANAPROX	QL≃5 días
salsalate 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	DISALCID	QL = 5 dlas
indomethecin or 75 mg cap er	2	Non-Preferred	INDOCIN	QL = 5 dlas

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	ADMINISTRACION CONTRACTOR
15	\$4,000 - \$4,499	MINISTRAC
16	\$4,500 - \$4,999	Pr. Of
17	\$5,000 - \$5,499	Grine Q
18	\$5,500 - \$5,999	Contrato Número
19	\$6,000 - \$6,499	
20	\$6,500 - \$6,999	m 08 44
21	\$7,000 - \$7,499	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\
22	\$7,500 - \$7,999	OS DE SAL
23	\$8,000 - \$8,499	OCIAOS DE SALIO
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente

Se recomienda se considere prescribir el medicamente 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 medicamente 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 bio-equivalentes 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.

Revisado: 18 de pa

Gontrato Número

4SES

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
THERAPE			ORÍA TERAPÉUTICA	A]
		tic Class [Clase ⁻		
	EX ANAL(SESICS ANALG	S(00S)	
Nonsteroidal Anti-Inflam	ımatory A	gents (Nsaids) [A	Anti-Inflamatorios No	Esteroidales]
ibuprofen 400 mg tab, 600		grand Angel and State and Angel and Angel and Angel and Angel and Angel and Angel and Angel and Angel and Angel		
mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL = 5 días
indomethacin 25 mg cap, 50				
mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	QL = 5 días
nabumetone 500 mg tab,				
750 mg tab	1	Preferred	RELAFEN	QL = 5 días
naproxen 250 mg tab, 375		•		
mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	QL = 5 días
naproxen sodium 275 mg				
tab, 550 mg tab	1	Preferred	ANAPROX	QL = 5 días
salsalate 500 mg tab, 750			51041.015	
mg tab	1	Preferred	DISALCID	QL = 5 días
Service and the service and th	d Analges	ics (Analgesicos	Opiodes De Corta I	Juracion
acetaminophen-codeine				
120-12 mg/5ml soln, 300-15			TALENOL	
mg tab, 300-30 mg tab, 300-	4	Preferred	TYLENOL- CODEINE	
60 mg tab	1	Preieneu	TYLENOL-	QL = 5 días
acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab	1	Preferred	CODEINE	QL = 5 días
acetaminophen-codeine #3	I	1 Teleffed	TYLENOL-	QL - J Ulas
300-30 mg tab	1	Preferred	CODEINE	QL = 5 días
acetaminophen-codeine #4		1 Tolollou	TYLENOL-	QL - 0 dias
300-60 mg tab	1	Preferred	CODEINE	QL = 5 días
butalbital-apap-caffeine 50-	<u>'</u>			<u> </u>
325-40 mg tab	1	Preferred	FIORICET	QL = 5 días
tramadol hel 50 mg tab	1	Preferred	ULTRAM	QL = 5 días
butalbital-apap-caffeine 50-	-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
325-40 mg cap	2	Preferred	FIORICET	QL = 5 días

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

Revisado: 18 de mayo de 2017



4SES

00 DE				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
**************************************		HEIFICS (ANEST	ESICOSI	
	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	hetics [Anestésie		
lidocaine viscous 2 %	1	Preferred	XYLOCAINE	QL = 5 días
mouth/throat soln			PARAJLA ANXIEDAD	1
AND AND AND AND AND AND AND AND AND AND	The state of the s	CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF		
。	Benzodia	zepines [Benzod	lazepinas]	fest to design the back state.
clonazepam 0.5 mg tab, 1				
mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	QL = 5 días
diazepam 10 mg tab, 2 mg				
tab, 5 mg tab	11	Preferred	VALIUM	QL = 5 días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg				
tab	1	Preferred	ATIVAN	QL = 5 días
temazepam 15 mg cap, 30				
, mg cap	1	Preferred	RESTORIL	QL = 5 días
Miscella	neous An	xiolýtics [Ansiolí	ticos Misceláneos]=	
hydroxyzine pamoate 100				An industrial in a compact to the contract of
mg cap, 25 mg cap, 50 mg				
cap	1	Preferred	VISTARIL	QL = 5 días
	NITHEAVEST	TRIALIS JANGILIA	CTERIANIOSI	Figure 18, UNIVERSITY OF ANALOGY OF SECTION
			inas De Primera Gen	eración
A STATE OF THE STA	<u>chliaiach</u>			
cephalexin 125 mg/5ml				
susp, 250 mg cap, 500 mg	1	Preferred	KEFLEX	QL = 5 días
cap		Freierred	NLI LLX	QL = 5 días, AL ≤
6 day 2 050 yr y/5 pol ovon	9	Non-Preferred	DURICEF	12
cefadroxil 250 mg/5ml susp	2		KEFLEX	
cephalexin 250 mg/5ml susp	2	Preferred	KEPLEX	QL = 5 días
		N. D. famad	DUD(OFF	QL = 5 días, AL ≤
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	12
STATE OF THE STATE	Mag	crolides (Macróli	dosje i karani karani	THE RESERVE OF STREET
azithromycin 250 mg tab,				
500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días
azithromycin 1 gm pckt, 100				
mg/5ml susp, 200 mg/5ml				
susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días

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







		<u> </u>		-
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
clarithromycin 125 mg/5ml	-			
susp, 250 mg tab, 500 mg				
tab	2	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
clarithromycin 250 mg/5ml				
susp	3	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	QL = 5 días
erythromycin ethylsuccinate		110101104	ERTITIO	GE O GIES
400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	QL = 5 días
ERYTHROCIN STEARATE				
250 mg tab	4	Non-Preferred		QL = 5 días
Miscellaneo	ous Antiba	cterials [Antibac	terianos Misceláneo	s] Z
clindamycin hcl 150 mg cap,				
300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	QL = 5 días
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		QL = 5 días
metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	FLAGYL	QL = 5 días
hitrofurantoin macrocrystal	'	110101100	12/012	QL O dido
50 mg cap	1	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap	2	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML	6	Non-Preferred	FURADANTIN	
nitrofurantoin monohyd				
macro 100 mg cap	2	Preferred	MACROBID	QL = 5 días
	, y 🧎 Per	jicillins [Penicilir	nas] [t. i i i 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	1	Preferred	AMOXIL	QL = 5 días

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





- CP				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
amoxicillin-pot clavulanate				
200-28.5 mg/5ml susp, 400-			•	
57 mg/5ml susp, 500-125				
mg tab, 600-42.9 mg/5ml	4	Droforrad	A LONGENITANI	
susp, 875-125 mg tab	1	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
ampicillin 125 mg/5ml susp,				
250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap	1	Preferred	PRINCIPEN	QL = 5 días
penicillin v potassium 125		Treferred	I KINON LIV	QL = 0 dias
mg/5ml soln, 250 mg tab,				
250 mg/5ml soln, 500 mg				İ
tab	1	Preferred	VEETIDS	QL = 5 días
amoxicillin-pot clavulanate		-		
250-125 mg tab, 250-62.5				
mg/5ml susp	3	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
	Qui	nolones [Quinolo	inas] : *** : * ** ***	and the expression of the
ciprofloxacin hcl 250 mg tab,				
√500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
levofloxacin 250 mg tab, 500				
mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	LEVAQUIN	QL = 5 días
ciprofloxacin 500 mg/5ml		- ·	0,000	
(10%) susp	3	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
ciprofloxacin 250 mg/5ml		D f	OIDDO	01 5 1/
(5%) susp	4	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
Second Generation (epnaiosp	orius (ceisiosbo	rinas ve Segunda G	eneracion]******
cefaclor 250 mg cap, 500	_	Deofessed	CECLOD	01 5
mg cap	2	Preferred	CECLOR	QL = 5 días
cefprozil 125 mg/5ml susp,				
250 mg tab, 250 mg/5ml	2	Preferred	CEFZIL	QL = 5 días
susp, 500 mg tab		amides [Sulfona		
aufamathayazala tmp da	A A CHINI			
sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
ood-100 mg lab	<u> </u>	FICIGITED		L GL - Julas

[•] PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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]



4SES

00-65				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
sulfamethoxazole-				
trimethoprim 200-40 mg/5ml				
susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
Third Generation C	ephalosp	orins [Cefalospo	rinas De Tercera Ger	neración] 💮 💮
cefdinir 125 mg/5ml susp,		•		
300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
VANE	CONVUE	SANTS [ANTICON	IVULSIVANTES) 📆 i	
	Anticonvu	Isants Anticonv	ulsivantes]	
carbamazepine 100 mg tab		ng mangagan ang kapala m kabalan mang ang kapalan ang pang		The state of the s
chew, 200 mg tab	1	Preferred	TEGRETOL	QL = 5 días
clonazepam 0.5 mg tab, 1				
mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	QL = 5 días
divalproex sodium 125 mg				
tab dr, 250 mg tab dr, 500				
mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	QL = 5 días
gabapentin 100 mg cap, 300				
ng cap, 400 mg cap, 600				
ng tab, 800 mg tab	11	Preferred	NEURONTIN	QL = 5 días
Jamotrigine 100 mg tab, 150				
mg tab, 200 mg tab, 25 mg				_, _
tab	1	Preferred	LAMICTAL	QL = 5 días
lamotrigine chew tab 5 mg,				
25 mg	3	Non-Preferred	LAMICTAL	
levetiracetam 250 mg tab,		D () ((KEDDD A	01 - 5 4(
500 mg tab	11	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
levetiracetam er 24 hrs 500		Nam Duafannad		
mg tab, 750 mg	3	Non-Preferred	KEPPRA XR	OL - E días
oxcarbazepine 150 mg tab	1	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
phenobarbital 100 mg tab,				
15 mg tab, 16.2 mg tab, 30				
mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg				
tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg	4	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días
tab	<u> </u>	<u> Fielelieu</u>	LUENOBARBITAL	L Gr - 5 mas

[•] PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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]

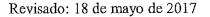
Revisado: 18 de mayo de 2017



V4SES

000063				4
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
primidone 250 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MYSOLINE	QL = 5 días
topiramate 100 mg tab, 200	1	- Freienea	WITOOLINE	QL - 0 dias
1 ,				
mg tab, 25 mg tab, 50 mg	1	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días
		Freieneu	TOPAIVIAA	QL - 3 ulas
valproic acid 250 mg cap,				
250 mg/5ml soln, 250	1	Preferred	DEPAKENE	QL = 5 días
mg/5ml syr	1	Preferred	ZONEGRAN	QL = 5 días
zonisamide 50 mg cap	2		ZUNEGRAN	
DILANTIN 30 mg cap		Preferred		QL = 5 días
levetiracetam 1000 mg tab,		D.C.	I/EDDD A	0, 5,7
750 mg tab	2	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
oxcarbazepine 300 mg tab,			TOU FOTAL	
600 mg tab	2	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
phenytoin 125 mg/5ml susp,		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	DA ANITENI	0
50 mg tab chew	2	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
phenytoin sodium extended				
100 mg cap, 200 mg cap,				
300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
zonisamide 100 mg cap, 25	_			.
mg cap	2	Preferred	ZONEGRAN	QL = 5 días
ethosuximide 250 mg cap,				
/ 250 mg/5ml soln	3	Preferred	ZARONTIN	QL = 5 días
phenobarbital 20 mg/5ml				
oral elix, 20 mg/5ml soln	3	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días
			SANTIDEMENTAL	
Cholinest €	erase Inhi	bitors:[Inhibidor	es De Colinesterasa]	
donepezil hcl 10 mg tab, 5				
mg tab	1	Preferred	ARICEPT	QL = 5 días
rivastigmine tartrate 1.5 mg				
cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap,				
6 mg cap	3	Preferred	EXELON	QL = 5 días

[•] PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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]





ASES

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	The second secon	The second secon	ERRESIVOS PAR ME	
Six relation and algorithms from the contraction of the province of the section o	ıs Antider	ressants Antide	presivos Misceláneo	OS
trazodone hcl 100 mg tab,				
150 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DESYREL	L QL = 5 días
量Monoamir			Inhibidores De Ma	
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	QL = 5 días
	THE RESERVE OF THE RESERVE OF THE PARTY OF T	A REPORT OF A LINE STATE OF THE PARTY OF THE	SWAMIDIWE ENGOS	
Alpha-Glucos	idase Inh	bitors [Inhibidor	es De Alfa Glucosida	asa], 🚉 🛼 🚟 🖓
acarbose 100 mg tab, 25 mg				
tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	QL = 5 días
	- Big	uanides [Biguani	das]	运费者。 " 我们是是
metformin hcl 1000 mg tab,				
500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL = 5 días
Dipeptidyl Pe	ptidase - 4	(Dpp-4) Inhibitor	s [inhibidores De Dp	p-4].
KOMBIGLYZE XR 2.5-1000			-	
mg tab er 24 hr, 5-1000 mg			•	
tab er 24 hr, 5-500 mg tab er				QL = 5 días,
24 hr	3	Preferred		ST, P
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg	_			QL = 5 días,
tab	3	Preferred		ST, P
	isulin Mix	iures (Mezclas D	e insulinas] 👢 🐛	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100	_			QL = 1 Vial 10
unit/ml sc susp	2	Preferred		ML/30 días, P
The property of the state of th	tizing Age	nts [Agentes Sei	nsibilizantes De Insu	lin]
pioglitazone hcl 15 mg tab,				
30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	QL = 5 días
1 State Control of th	Acting Ins	ulins [insulinas l	De Duración Interme	
HUMULIN N 100 unit/ml sc	_			QL = 1 Vial 10
susp	2	Preferred		ML/30 días, P
	cting Inst	ilins [insulinas D	e Corta Duración]	
HUMULIN R 100 unit/ml inj	_	<u>.</u> .		QL = 1 Vial 10
soln	_2	Preferred		ML/30 días, P

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



4SES

	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	+ Sulfonÿlureas [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
		ANTIE	METICS PANTIEM	ETICOSI : TELEVISIONI	
	Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
i i	metoclopramide hcl 10 mg	All the second second second	The state of the s	n tropis general i i i i interpreta su de la surviva de la companya de la companya de la companya de la companya I	- 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1
	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	11	Preferred	TIGAN	QL = 5 días
	Phenothlazines [Fenotiazinas]				
A	prochlorperazine maleate 10				
	mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	QL = 5 días
	prochlorperazine 25 mg rect		Non-Preferred	001/017/15	
	_supp	4		COMPAZINE	QL = 5 días
/YK	ANTIGOUT AGENTIS TAGENTES ANTIGOTIALES ANTIG				
, ,	Antigout Agents [Agentes Antigota]				
L.H.A	allopurinol 100 mg tab, 300	_	Destant	7VI ODDIN	
	mg tab	1	Preferred	ZYLOPRIM	QL = 5 días
	colchicine 0.6 mg cap	3	Preferred	MITIGARE	PA PA
	001.05)(0.0.6	4	 Non-Preferred		QL= 3 tab, 15días
	COLCRYS 0.6 mg tab	4 	osurics [Uricosúi	icocl	Toulas
		THE TOTAL PROPERTY.	Preferred	BENEMID	QL = 5 días
	probenecid 500 mg tab		Preierred		QL = 5 dias
	ANTIHYPERMENSIVES (ANTIHIPERMENSIVOS) Alpha-Adrenergic Agonists (Agonistas Alfa Adrenergicos)				
	5 (3-6)34 (4)34 (4)3 (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4)	nergic Ag	jonists (Agomsta	as Ana Aurenergicos I	
	clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2	1	Preferred	CATAPRESS	QL = 5 días
	mg tab, 0.3 mg tab methyldopa 250 mg tab, 500	. <u>I</u>	FIGIGIEU	UATAI NEOU	QL - 0 dias
	mg tab	1	Preferred	ALDOMET	QL = 5 días

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



ASES

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Alpha-Adrenergi	e Blockin	g Agents [Bloque	eadores Alfa Adrené	rgicos] 🐣 💮 💮
terazosin hcl 1 mg cap, 10				
mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días
Angiotensin II Receptor	Blockers	(ARB) [Antagoni	stas Del Receptor A	ngiotensina II]
	ida anake			
losartan potassium 100 mg				
tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	QL = 5 días
losartan potassium-hctz				
100-12.5 mg tab, 100-25 mg				
tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	QL = 5 días
Angiotensin-Converting Ei				ima Convertidora ⊸
		De Angiotensina		
lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg				
tab, 20 mg tab, 30 mg tab,				
40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZESTRIL	QL = 5 días
lisinopril-hydrochlorothiazide				
10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg				
tab, 20-25 mg tab	1	Preferred	ZESTORETIC	QL = 5 días
The state of the s	Blocking /	Agents [Bloquea	dores De Canales De	e Galcio]
amlodipine besylate 10 mg				}
tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	NORVASC	QL = 5 días
🏿 diltiazem hcl 120 mg tab, 30				
mg tab, 60 mg tab, 90 mg				
tab	1	Preferred	CARDIZEM	QL = 5 días
verapamil hcl 120 mg tab,	_			
40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	CALAN	QL = 5 días
Carbonic Anhydrase inhibi	tors Diure	tics [Diuréticos	nhibidores De Anhi	drasa Carbonica]
acetazolamide 125 mg tab,				
250 mg tab	3	Preferred	DIAMOX	QL = 5 días
Cardioselective Beta	a Blocking	, Agents [Bloque	adores Beta Cardios	selectivos]
atenolol 100 mg tab, 25 mg				
tab, 50 mg tab	1	Preferred	TENORMIN	QL = 5 días

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



ASES

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
metoprolol succinate er 25				
mg tab er 24 hr, 50 mg tab				
er 24 hr	1	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
metoprolol tartrate 100 mg				
tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
metoprolol succinate er 100				
mg tab er 24 hr, 200 mg tab				
er 24 hr	2	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
Cardioselective Beta-Ad				Adrenérgicos
version accumbonization with the constant of the	ar ser and	Cardioselectivos		
atenolol-chlorthalidone 100-	_			
25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	QL = 5 días
metoprolol-				
hydrochlorothiazide 50-25				
mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	QL = 5 días
metoprolol-				
hydrochlorothiazide 100-25				
mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	QL = 5 días
	Loop Diu	retics [Diurético:	s Del Asa]	
furosemide 10 mg/ml soln,	2 223			
20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg				
l tab	1	Preferred	LASIX	QL = 5 días
Nonselective Bet	a Blocking	g Agents [Bloque	adores Beta No-Sele	ctivos]
propranolol hcl 10 mg tab,				
20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg				
tab	1	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
Potassium-Spar	ing Diure	lics [Diuréticos C	onservadores De Po	tasio]
spironolactone 100 mg tab,	CHARLES OF ACT OF THE PARTY.	and the second s	2012	
25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	ALDACTONE	QL = 5 días
triamterene-hctz 37.5-25 mg				
cap, 37.5-25 mg tab, 75-50				
mg tab	1	Preferred	MAXZIDE	QL = 5 días

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



OSDE		1				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]		
	hlazide D	iuretics [Diurétic	os Tiazidas] 😩 🔭 🚉			
chlorothiazide 250 mg tab,	5 F-44 ME - M / CGO (1, 2, 11 / 12 / 13 / 13 / 13 / 13 / 13 / 13 /		100000000000000000000000000000000000000			
500 mg tab	1	Preferred	DIURIL	QL = 5 días		
chlorthalidone 25 mg tab, 50		Non-Preferred	· <u></u>			
mg tab	1		HYGROTON	QL = 5 días		
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		QL = 5 días		
hydrochlorothiazide 12.5 mg						
tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MICROZIDE	QL = 5 días		
indapamide 1.25 mg tab, 2.5						
mg tab	1	Preferred	LOZOL	QL = 5 días		
metolazone 2.5 mg tab, 5		Non-Preferred				
mg tab	1		ZAROXOLYN	QL = 5 días		
chlorthalidone 100 mg tab	2	Non-Preferred	HYGROTON	QL = 5 días		
metolazone 10 mg tab	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL = 5 días		
Vasodilator B	eta Blocke	ers [Bloqueadore	s Beta Vasodilatado	es] a composition of the composition		
carvedilol 12.5 mg tab, 25	the state of the s		<u> </u>	= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =		
mg tab, 3.125 mg tab, 6.25						
mg tab	1	Preferred	COREG	QL = 5 días		
	Vasodi	lators [Vasodilat	adores] 🔩 📲 🕌			
hydralazine hcl 10 mg tab,						
100 mg tab, 25 mg tab, 50						
mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	QL = 5 días		
A LEGISLA SE LEGISLA SE LA NITIMI	GRAINE	GENTS AGENT	ES/ANTIMIGRAÑA)			
Beta-Adrenergic	Blocking	Agents [Bloques	ndores Beta Adrenér	jicos]		
divalproex sodium 125 mg						
tab dr, 250 mg tab dr, 500			•			
mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	QL = 5 días		
topiramate 100 mg tab, 200			, , , , , , , , , , , , , , , , , , , 			
mg tab, 25 mg tab, 50 mg				QL = 5 días,		
tab	1	Preferred	TOPAMAX	ST		
ANTIMMASTHENICIAGENTS AGENTES ANTIMIASTIENICOS)						
Parasy	ympathon	imetics [Parasin	ipatomiméticos] 🐌			
pyridostigmine bromide 60	· -					
mg tab	2	Preferred	MESTINON	QL = 5 días		

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



(a)				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		QL = 5 días
pyridostigmine bromide 180				
mg tab er	6	Non-Preferred	MESTINON	QL = 5 días
	COBACT	ERIALS (ANTIMIC	COBACTERIANOS	ervergetter og gjarets
	Service Tr. Ser. 300 Th. St.	rculars [Antitube	2 22 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	
CAPASTAT SULFATE 1 gm				A control of the cont
inj soln				QL = 5 días
cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	Puerto Rico
RIFAMATE 150-300 mg cap				Department
TRECATOR 250 mg tab	-			Tuberculosis
rifabutin 150 mg cap	7		MYCOBUTIN	Control Program
isoniazid 100 mg tab, 300				
mg tab	1	Preferred	ISONIAZID	QL = 5 días
rifampin 150 mg cap	1	Preferred	RIFADIN	QL = 5 días
ethambutol hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	QL = 5 días
pyrazinamide 500 mg tab	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	QL = 5 días
rifampin 300 mg cap	2	Preferred	RIFADIN	QL = 5 días
ethambutol hcl 400 mg tab	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	QL = 5 días
isoniazid 50 mg/5ml syr	5	Non-Preferred	ISONIAZID	QL = 5 días
	NTIPARA	SITICISTANTIPAR	ASTARIOS DE LE	(16,002) (6,003) 2440 (7.0
	Antim	alarials:[Antimala	áricos] 🔭 🛴 🗼	
chloroquine phosphate 250			<u> </u>	
mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ARALEN	QL = 5 días
hydroxychloroquine sulfate				
200 mg tab	1	Preferred	PLAQUENIL	QL = 5 días
quinine sulfate 324 mg cap	4	Preferred	QUININE	QL = 5 días
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		PA, QL = 5 días
ANNIEWR .	Kinsona	(GENTS) (ACENTA	ES ANTIPARKINSON	
	Anticholi	nergics [Anticoli	nérgicos] 💮 👍 🕶	SEMESTIC PLAN
benztropine mesylate 0.5		,		
mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	QL = 5 días
Antiparkinso	ր Dopamii	iergics [Dopamin	iergicos Antiparkinso	on]
amantadine hcl 50 mg/5ml				
syr	1	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días

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



To Car				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
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	11	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-		Non-Preferred		
entacapone 18.75-75-200				•
mg tab	4		STALEVO	QL = 5 días
carbidopa-levodopa-		Non-Preferred		
entacapone 12.5-50-200 mg				
tab, 25-100-200 mg tab,				,
31.25-125-200 mg tab, 37.5-				
750-200 mg tab, 50-200-200				
√mg tab	5		STALEVO	QL = 5 días
Dopan 🚛 📜	nine Precu	rsors [Precursor	es De Dopamina] 🕒	
Carbidopa-levodopa 10-100		:		
mg tab, <u>25-100 mg tab</u>	1 1	Preferred	SINEMET	QL = 5 días
carbidopa-levodopa 25-250				
mg tab	2	Preferred	SINEMET	QL = 5 días
carbidopa-levodopa er 25-				
100 mg tab er, 50-200 mg				
tab er	2	Preferred	SINEMET CR	QL = 5 días
		HOTICS (ANTIP		
Atypical - Se	cond Gen	eration [Atipicos	- Segunda Generació	n]2
risperidone 0.25 mg tab, 0.5				
mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab,				
3 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	RISPERDAL	QL = 5 días

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



TUSDE				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Typical • F	irst Gene	ration [Típicos 🖅	Primera Generación]	
haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg	17 mg/mg/4 1 Amin 7 (1 pm 1 min 1 mg 2) 2 mg			4. A A BRITANIA AND A STATE OF THE STATE OF
tab, 2 mg tab	1	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
haloperidol 5 mg tab	2	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
haloperidol 10 mg tab	3	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
haloperidol 20 mg tab	4	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
A STATE OF THE STA	ANTI	VIRALS:[ANTIVIE	VALES I SEE SEE	
Anti-Cytomegal	ovirus (Cr	nv) Agents [Ager	ntes Anti-Citomegalo	virus
valganciclovir hcl 450 mg			ne var vitande e van de beken de beken de begen egende de 19 magnetiet de begen de de begen de beste de beste d De begen de beken de beken de beken de begen egende de 19 magnetiet de begen de begen de beste de beste de bes	PA,
tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	QL = 5 días
	herpetic A	gents [Agentes /		
acyclovir 200 mg cap, 400		the same the same and the same as		
mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
	Influenza	Agents [Agentes	Antlinfluenza	
amantadine hcl 50 mg/5ml	Mar. beinere Selfgeres		*	
syr	1	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
amantadine hcl 100 mg cap	3	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
oseltamivir phosphate 30 mg				
cap, 45 mg cap, 75 mg	4	Preferred	TAMIFLU	
, JAMIFLU 6 mg/ ml susp	5	Non-Preferred		
BENIGNIPROSTATIO	il MPERAIL		TACHENTIES TEVARVANTI	ARTIKORA (* * * * * * * * * * * * * * * * * * *
		MERASIIIA IES		
Aloha-Adreneroi	c Blockin	a Agents I Bloque	adores Alfa Adrenér	aicosi -
terazosin hcl 1 mg cap, 10		The state of the s		
mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días
BLOODIN	OD FIER		REPUBLICANO PROPERTY	
		gulants [Anticoac		
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	1	Preferred	COUMADIN	QL = 5 días
heparin sodium (porcine)				
1000 unit/ml inj soln	2	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
heparin sodium (porcine)		,		
10000 unit/ml inj soln, 5000				
unit/ml inj soln	3 _	Preferred	HEPAR!N	QL = 5 días
heparin sodium (porcine) pf				
5000 unit/0.5ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
heparin sodium (porcine)	_			
2000 unit/ml iv soln	8	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
- 12-7	Stimulatin	g Factors [Estim	ulantes Mieloides]	
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc				PA, QL = 5 días,
soln	12	Preferred		P
NEULASTA DELIVERY KIT				PA, QL = 5 días,
6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		P
CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	odifying <i>F</i>	Agents [Modifica	dores De Plaquetas]	
cilostazol 100 mg tab, 50 mg	_			
tab	1	Preferred	PLETAL	QL = 5 días
clopidogrel bisulfate 75 mg				
tab	1	Preferred	PLAVIX	QL = 5 días
Company of the Compan	CONTRACTOR STREET, SAN AND STR	and the same of th	sicardiovasculai	KESI 對為與其他企業的
Antiar	rhythmics	: Class li [Antiarr	itmicos Clase Ii] 🧓	
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
sotalol hcl 120 mg tab, 160		110101100	II TO LI TI L	QL O dido
mg tab, 240 mg tab, 80 mg	Ì			
tab	1	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días
sotalol hcl (af) 120 mg tab,		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		<u> </u>
160 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
	hythmics	Type I-A Antiar	itmicos Tipo I-A]	
quinidine sulfate 200 mg tab,	v. ;≠;2° 9 (9 m <u>ett /±) g</u>	कार प्राच्याः स्थान् ये प्रस्ति शासन्ति स्थानिति ।	QUINIDINE	
300 mg tab	1	Preferred	SULFATE	QL = 5 días
quinidine gluconate er 324	-			
mg tab er	2	Preferred	QUINAGLUTE	QL = 5 días
quinidine sulfate er 300 mg			QUINIDINE	
tab er	2	Preferred	SULFATE	QL = 5 días

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
CHIEF THE THE TOTAL PROPERTY OF THE PROPERTY O	2	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
mexiletine hcl 150 mg cap mexiletine hcl 200 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
	•		rítmicos Tipo I-C]	T QL – 5 ulas
flecainide acetate 100 mg	 			
tab, 50 mg tab	1	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días
propafenone hcl 150 mg tab,		1 TOTOTOG	TAMBOOK	QL - 5 dias
225 mg tab	1	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
flecainide acetate 150 mg		110101100	1077111102	QE O GIGO
tab	2	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días
propafenone hcl 300 mg tab	3	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
	rrhythmic	s Type₌lii [Antiar	<u> </u>	
amiodarone hcl 200 mg tab	1	Preferred	CORDARONE	QL = 5 días
Miscellaneous Cardio	vascular	Agents Agentes	Cardiovasculares M	isceláneosl
digoxin 125 mcg tab, 250	erenta de la circa de la compansión de l			
mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	QL = 5 días
**************************************	 Vasodi 	lators [Vasodilat	adores] * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	47.00
isosorbide mononitrate 10	Addition and a second s			The state of the s
mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	ISORDIL	QL = 5 días
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24				
hr	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
SEE SEE DENITALIAND	ORALIAC	ENTS AGENTE	SIDENTIALES Y ORA	
	🞨 Antii	ungals [Antifung	rales] - +	
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	QL = 5 días
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp, 100000	•	7.10.01100	1111 0 in to tan?	
unit/ml crm	1	Preferred	NYSTATIN	QL = 5 días

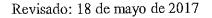
[•] PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly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



ASES

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]			
LONGY MYSTO:	OCEICAL A	GENTS AGENT	ESPERMATION OF ORIGINAL PROPERTY OF THE PROPER	IOSI - Caracteria			
	Pediculicides And Scabicides [Pediculicidas Y Escabicidas]						
permethrin 5 % crm	3	Preferred	ELIMITE	QL = 5 días			
10	pical Antil	oiotics [Antibióti	cos:Tópicos]				
mupirocin 2 % oint	1	Preferred	BACTROBAN	QL = 5 días			
silver sulfadiazine 1 % crm	1	Preferred	SILVADENE	QL = 5 días			
terbinafine 1% crm	1	Preferred	LAMISIL	OTC, QL = 5días			
		DEMICS [DISHPI					
Bile Acid So	equestrant	s [Secuestrador	es De Ácidos Biliare	s]			
cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días			
cholestyramine light 4 gm							
pckt, 4 gm/dose oral pwdr	3 _	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días			
Fibric A	cid Deriva	tives [Derivados	De Ácido Fíbrico]				
gemfibrozil 600 mg tab	1	Preferred	LOPID	QL = 5 días			
Hmg-Goa Reduct	ase Inhibit	ors [Inhibidores	De La Hmg-Coa Red	luctasa] 🚛 🛊 🔻			
atorvastatin calcium 10 mg							
√tab, 20 mg tab, 40 mg tab,							
80 mg tab	1	Preferred	LIPITOR	QL = 5 días			
simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZOCOR	QL = 5 días			
GASTROINTES	TINAL	ENTSTAGENTE	S (C/A/STIRO INTRESTIN	ALESI:			
Histamine2 (H2) R	eceptor Ar	itagonists [Anta	gonistas Del Recept	on De:H2]			
famotidine 20 mg tab, 40 mg							
tab	1	Preferred	PEPCID	QL = 5 días			
ranitidine hcl 15 mg/ml syr,							
150 mg/10ml syr, 300 mg			741740	OL CLAS			
tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	QL = 5 días			
Miscellaneous Gastro	intestinal /	Agents (Agentes	Gastrointestinales l	viisceianeosj			
			TO A OTTO A LI				
ursodiol 300 mg cap	2	Preferred	ACTIGALL	PA, QL = 5 días			

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





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]
Proton Pump	Inhibitors	[Inhibidores De	La Bomba De Protoi	nes]
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
			SIGENIKO URINARIO	
Miscellaneous Geni	tourinary	Agents (Agentes	Genitourinarios Wils	sceianeosj
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL = 3 días
tab, 200 mg tab	IONAL AC		SHORMONALES)	
		Agents [Agentes		
methimazole 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	QL = 5 días
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	PROPYLTHIOURA CIL	QL = 5 días
Calc	mimetic A	gents [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
Dopi	amine Ago	nists [Agonistas	De Dopamina] 🚁	**************************************
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
	hyroid Ho	rmones [Hormo	na Tiroldea]	
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	1			
mcg tab	<u> 1</u>	Preferred		QL = 5 días, P

A.H.H.

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



ASES

Drug Name [Nombre del Medicamento] Net Cost (Cost Neto) Tier [Tier] Reference Name [Nombre de Referencia] Limits Requirements/	OS DE					
Glucocorticosteroids [Glucocorticoldes] dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab 1 Preferred DECADRON QL = 5 días methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab 1 Preferred MEDROL QL = 5 días prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 4 Preferred MEDROL QL = 5 días MENGGAM ulfra-filtered plus im soln 1500 unit 4 Preferred DELZICOL 400 mg cap dr 5 Preferred QL = 5 días, P Sülfonamides [Sulfonamidas] Sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días, P Sülfonamides [Sulfonamidas] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] Vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MINERALSA ELECTROLATES [MINERALES MELECTROLATES] Antispasticity Agents [Agentes Antisspasticidad] paclofen 10 mg tab, 20 mg	Medicamento]	Cost [Costo Neto]		[Nombre de Referencia]	[Requerimientos /Límites]	
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab 1 Preferred DECADRON QL = 5 días methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab 1 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 4 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 4 Preferred MEDROL QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab NINE AMMATIONY BOWEL DISFASE [ENEERMEDAD INFLAMATION AND ESTINAL) Aminosalicylates [Aminosalicilatos] DELZICOL 400 mg cap dr ASACOL HD 800 mg tab dr 5 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días MINERALS BELECTROLLIES [MINERALES MELECTROLLIES] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMINE D QL = 5 días MUSQUE REJAXANIES [REFAYANIES MUSQUEARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] paclofen 10 mg tab, 20 mg	IMMUN	IOSUPPRI	ESSANTS (IMMU	NOSUPRESORES		
0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab 1 Preferred DECADRON QL = 5 días methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab 1 Preferred MEDROL QL = 5 días prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 4 Preferred MEDROL QL = 5 días #### MEDROL QL = 5 días ###################################	CONTRACTOR OF STREET STREET, STREET STREET, ST		Control of the second s			
0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab 1 Preferred DECADRON QL = 5 días methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab 1 Preferred MEDROL QL = 5 días prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 4 Preferred MEDROL QL = 5 días #### MEDROL QL = 5 días ###################################	dexamethasone 0.5 mg tab.	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	The state of the s			
mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab prednisolone 32 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit 4 Preferred INFLAMMATIORY/REQUESPISEAS/IENEERMEDADINE/AMATIORIAN/RESTINAL/IE/AMA	1					
mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab tab, 4 mg tab tab, 4 mg tab tab, 4 mg tab tab, 4 mg tab tab, 4 mg tab tab, 2.5 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 5 mg tab tab, 6 mg tab tab, 6 mg tab tab, 2 methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab tab, 9 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 20 mg tab, 1 preferred tab, 8 mg tab, 20 mg tab, 20 mg tab, 20 mg tab, 3 mg tab, 3 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab,						
tab, 4 mg tab, 6 mg tab methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred MEDROL QL = 5 días Prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días Preferred DELTASONE QL = 5 días Preferred DELTASONE QL = 5 días Preferred MEDROL QL = 5 días MEDROL QL = 5 días Preferred MEDROL QL = 5 días Preferred MEDROL QL = 5 días Preferred MEDROL QL = 5 días Preferred MEDROL QL = 5 días Preferred MEDROL QL = 5 días Preferred AL = 5 días Preferred Preferred Alinesalicitates [Aminosalicilatos] DELZICOL 400 mg cap dr ASACOL HD 800 mg tab dr ASACOL HD 800 mg tab dr Sulfonamides [Sulfonamidas] Sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr Preferred AZULFIDINE QL = 5 días Preferred AZULFIDINE QL = 5 días Preferred AZULFIDINE QL = 5 días Preferred AZULFIDINE QL = 5 días AL = 5 días	, , ,					
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 4 Preferred **RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit 4 Preferred **INFLAMMATIORY/RBOWELDISEASE/JENEFRMEDAD/INFLAM/ALORIAN/TESTINAL/JENESTINAL		1	Preferred	DECADRON	QL = 5 días	
tab, 4 mg tab prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días prednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días prednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 4 Preferred plus im soln 1500 unit 4 Preferred plus im soln 1500 unit 4 Preferred plus im soln 1500 unit 5 Preferred QL = 5 días, P ASACOL HD 800 mg tab dr 6 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días prednisolo de Calcio (publical				<u> </u>		
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 4 Preferred MEDROL QL = 5 días mmune Globulins [Immunoglobulinas] **RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit 4 Preferred **INFLAMMATIORY BOWEL PISEASE [ENERMED ADLINE LAMATORIAN TESTINAL] **Aminosalicylates [Aminosalicilatos] **DELZICOL 400 mg cap dr 5 Preferred QL = 5 días, P **Sulfonamides [Sulfonamidas] **sulfasalazine 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días, P **Sulfonamides [Sulfonamidas] **Sulfonamides [Sulfonamidas] **Sulfonamides [Agentes Reguladores De Calcio] **vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días **MUSCULE RELAXANITS [RELAXANITES MUSCULARES] **Antispasticity Agents [Agentes Anties pasticidad] **baclofen 10 mg tab, 20 mg		1	Preferred	MEDROL	QL = 5 días	
tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días Immune Globulins [Immunoglobulinas]						
mg tab, 50 mg tab prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días Immune Globulins [Immune Globulinas]						
prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE QL = 5 días methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL QL = 5 días [Immune Globulins [Immunoglobulinas]] RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit 4 Preferred INFLAMMATIORY BOWEL DISE ASE [ENEERMED AD INFLAMATIORIAINTESTINAL] Aminosalicylates [Aminosalicilatos] DELZICOL 400 mg cap dr ASACOL HD 800 mg tab dr 5 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días MINERAL SIS ELECTROLYJIES [MINERAL ESY ELECTROLITIOS] Vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCULE RELAXANTES [RELAJANTES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg	, ,	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días	
S mg tab		· · · · ·			· · ·	
methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab Immune Globulins [Immunoglobulinas] RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit 4 Preferred INFLAMMATORY BOWEL PISEASE [ENERMEDAD INFLAMATORIAL NIEST INAL) Aminosalicylates [Aminosalicilatos] DELZICOL 400 mg cap dr 5 Preferred QL = 5 días, P ASACOL HD 800 mg tab dr 6 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días MINIERALS & ELECTROLYTIES [MINIERALE SY/ELECTROLINOS] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCIERELAXANIES [RELATANIES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg	1,	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días	
tab, 8 mg tab 2		·				
### AFRICAL SIZE FOR THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET OF THE PROFESSION AND STREET AND S	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	2	Preferred	MEDROL	QL = 5 días	
### AMINGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit ### Aminosalicylates [Aminosalicilatos] DELZICOL 400 mg cap dr 5 Preferred QL = 5 días, P ASACOL HD 800 mg tab dr 6 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días #### WINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y/FLECTROLITIOS] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días ###################################		nmune Gl		globulinas l	To a second	
im soln 1500 unit INFLAMMATORY BOWFL DISEASE [ENDERMED AD INFLAM ATORIAN TESTINAL] Aminosalicylates [Aminosalicilatos] DELZICOL 400 mg cap dr 5 Preferred QL = 5 días, P ASACOL HD 800 mg tab dr 6 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días IMINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y/ELECTROLITOS] Vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCLE RELAXANI S [RELAJANI ES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg		1,46,88,73,12,12,12,12,12,12,12,12,12,12,12,12,12,				
INELAMMATIORY BOWEL DISEASE [ENFERMED AD INE AMATORIA INTESTINAL) Aminosalicylates [Aminosalicilatos] DELZICOL 400 mg cap dr 5 Preferred QL = 5 días, P ASACOL HD 800 mg tab dr 6 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días IMINERALS & ELECTROLYTICS [MINERALES Y/ELECTROLINOS] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCUE RELAXANI S [RELAYANI ES MUSCUE ARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg		4	Preferred			
Aminosalicylates [Aminosalicilatos] DELZICOL 400 mg cap dr 5 Preferred QL = 5 días, P ASACOL HD 800 mg tab dr 6 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días MINERALS & EUFOTROLYAIES [MINERALES Y/ELECTROLITIOS] Galcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCUERELAXANIC [RELAXANIC SINES [MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg		VEIRDISE/		ADINE SAMATORIA:	NEESTINAL RESE	
DELZICOL 400 mg cap dr 5 Preferred QL = 5 días, P ASACOL HD 800 mg tab dr 6 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días [MINERALS & ELECTROLITIOS] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCILERELAXANIS [RELAJANITES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg	The state of the s	Contract to the second			allinger spirits and a second	
ASACOL HD 800 mg tab dr 6 Preferred QL = 5 días, P Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días MINERALSIS ELECTROLYTES [MINERALES Y/ELECTROLITOS] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCILE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg		A SOUTH A LANGUAGE TO THE PARTY OF THE PARTY	Section 1. 14 (1990) 1. (1		OI = 5 días P	
Sulfonamides [Sulfonamidas] sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días MINERALS & ELECTROLYTIES [MINERALES YAFLECTROLITIOS] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCILE RELAXANTES [RELAYANTES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg					 	
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días MINERALSI& ELECTROLYTES [MINERALES Y/ELECTROLITOS] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCLERELAXANTS [RELAVANTES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg	ASACOL FID 600 flig tab ui	_		midaelles es ses ses	QL = 0 uias, i	
500 mg tab dr 1 Preferred AZULFIDINE QL = 5 días MINERALS & ELECTROLYTIES [MINERALES Y/ELECTROLITIOS] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCILE RELAXANTES [RELAVANTES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg			iaitildes:(Sulla)ia	illinaal 25 gasta 1900.		
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCIE RELAXANTS [RELAVANTES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg		4	Droformod	AZIJI EIDINE	OI = E días	
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSQUE RELAXANI S [RELAVANITES MUSQUE ARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg	500 mg tab dr					
vitamin d 400 unit cap 1 Preferred VITAMIN D QL = 5 días MUSCIERELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES] Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg						
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg	5-0-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-	julating A				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] baclofen 10 mg tab, 20 mg		1			QL = 5 días	
baclofen 10 mg tab, 20 mg						
	Antisp	asticity A	gents [Agentes A	Intiespästicidad] 🌼		
1 Preferred LIORESAL QL = 5 días	baclofen 10 mg tab, 20 mg					
	(fab	1	Preferred	LIORESAL	QL = 5 días	

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

Revisado: 18 de mayo de 2017



4SES

POSITES				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
dantrolene sodium 25 mg				
cap, 50 mg cap	2	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
dantrolene sodium 100 mg				
cap	3	Preferred	DANTRIUM	L QL = 5 días
232212302222222222222222222222222222222	scle Relax	ants [Relajantes	Musculoesqueletale	
cyclobenzaprine hcl 10 mg				
tab	1	Preferred	FLEXERIL	QL = 5 días
	SE-NOTE - NEW YORK SHOWN AND ASSESSED.	and the state of t	es oftaumicos) ##	
Antig	laucoma	Agents [Agentes	Antiglaucoma]	office for the second
brimonidine tartrate 0.2 %				QL = 1 Frasco 5
ophth soln	11	Preferred	ALPHAGAN	ML/15 días
dorzolamide hcl 2 % ophth	,			QL = Frasco 10
soln	11	Preferred	TRUSOPT	ML/30 días
levobunolol hcl 0.5 % ophth	_			QL = 1 Frasco 5
soln	11	Preferred	BETAGAN	ML/25 días
levobunolol hcl 0.25 % ophth	,	Doofored	DETAGANI	QL = 1 Frasco 5
spln	1	Preferred	BETAGAN	ML/15 días
∀imolol maleate 0.5 % ophth	4	Drafamad	TIMODITIC	QL = 1 Frasco 5
soln	1	Preferred	TIMOPTIC	ML/30 días
dorzolamide hcl-timolol mal	1	Preferred	COSOPT	QL = 1 Frasco 5 ML/30 días
ophth sol 22.3-6.8 mg/ml timolol maleate 0.25 %	!	rielelleu	COSOFT	QL = 1 Frasco 5
"ophth soln	1	Preferred	TIMOPTIC	ML/25 días
betaxolol hcl 0.5 % ophth	'	Treferred	TIMOL TIO	QL = 1 Frasco 5
soln	2	Non-Preferred	BETOPTIC	ML/15 días
		ibiotics [Antibiót		IVIE/ TO GIAS
gentamicin sulfate 0.3 %				QL = 1 Tubo 3.5
ophth oint	1 1	Preferred	GARAMYCIN	GM/5 días
gentamicin sulfate 0.3 %	•	. ,		QL = 1 Frasco 5
ophth soln	1	Preferred	GARAMYCIN	ML/5 días
				QL = 1 Frasco 5
tobramycin 0.3 % ophth soln	1	Preferred	TOBREX	ML/5 días
Ophthalm	c Prostag	landins [Prostag	landinas Oftálmicas)	
latanoprost 0.005 % ophth	ुस्य स्थानुस्यात् स्थानित् स्थ	uar est e seus seus septimina de la literatura de la manda septimina de la Carle de Carle de la Carle de Carle	es erane og de en vinere Manifest er de Amerikansk (1974 ble 1975 i 1974 ble 1975 (1974) (1974 - 19 75)	QL = 1 Frasco/25
soln	1	Preferred	XALATAN	días
L				•

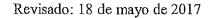
[•] PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly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

Revisado: 18 de mayo de 2017



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Oph	thalmic S	teroids [Esteroid	es Oftalmicos]	14-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-
neomycin-polymyxin- dexamethasone 3.5-10000- 0.1 ophth oint, 3.5-10000- 0.1 ophth susp	1	Preferred	MAXITROL	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días QL = 1
prednisolone acetate 1 % ophth susp	2	Preferred	PRED FORTE	Frasco 5 ML/5 días
	OTIC AC	ENTS AGENTE	S/OHICOSI	ton the second
Miscellane -	PANAGO VITANATAR BENDELENERAL AN	CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	Oticos Misceláneos]	
acetic acid 2 % otic soln	2	Preferred	VOSOL	QL = 1 Frasco 15 ML/10 días
	Otic Antib I	HOLICS [ATTUDIOLIC		QL = 1
neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp	2 _	Preferred	CORTISPORIN	Frasco 10 ML/10 días
			STRESPIRATION(OS)	
ipratropium bromide 0.02 % inh soln	1	Non-Preferred	latadores Anticolinér ATROVENT	QL = 5 días
	Antileuko	otrienes [Antileul	(otrienos)	
montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew	_ 1	Preferred	SINGULAIR	QL = 5 días
Antituss	ive-Exped	,.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	antes Antitusivos]≟	
benzonatate 100 mg cap	1	Preferred	TESSALON	QL = 5 días
guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln	1	Preferred	CHERATUSSIN	QL = 5 días
Manager Continued and the second of the seco	Corticost	roids [Corticost	eroides 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 lnh 60 EA/30 días, P

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





SHINISTRACION OF

Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Ane ne				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
FLOVENT HFA 110 mcg/act		5 ()		QL = 1 Inh 12
inh aer	3	Preferred	<u>-</u>	EA/30 días, P
FLOVENT HFA 44 mcg/act	3	Preferred		QL = 1 lnh 10.6
inh aer	3	Preferred		EA/30 días, P
budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp, 1mg/2ml inh susp	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL =12</td
budesonide 1mg/2ml inh susp	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL =12</td
FLOVENT HFA 220 mcg/act			·	QL = 1 Inh 12
inh aer	4	Preferred		EA/30 días, P
Sedating Histamine	1 Blocking	g Agents [Sedani	es Bloqueadores His	tamine1]
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	QL = 5 días
Sympathomimetic	Bronchod	lators [Broncodi	latadores Simpatomi	méticosi
albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb soln, 2 mg/5ml syr	1	DI	ALBUTEROL	QL = 5 días
terbutaline sulfate 2.5 mg				
tab, 5 mg tab	1	Preferred	BRETHINE	QL = 5 días
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	1	Preferred		QL = 1 lnh 18 EA/30 días, P

A.H.M.

[•] PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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]



Α —	chiorothiazide	
acarbose19	chlorthalidone	
acetaminophen-codeine13	cholestyramine	
acetaminophen-codeine #213	cholestyramine light	
acetaminophen-codeine #313	cilostazol	27
acetaminophen-codeine #413	ciprofloxacin	. 16
acetazolamide21	ciprofloxacin hcl	1 <i>6</i>
acetic acid33	clarithromycin	
acyclovir26	clindamycin hcl	
albuterol sulfate34	clonazepam	14, 17
allopurinol20	clonidine hcl	20
amantadine hcl24, 25, 26	clopidogrel bisulfate	27
amiodarone hcl28	clotrimazole	28
amlodipine besylate21	colchicine	20
amoxicillin15	COLCRYS	20
amoxicillin-pot clavulanate16	cyclobenzaprine hcl	32
ampicillin16	cycloserine	
ASACOL HD31	D	
atenolol21	dantrolene sodium	32
atenolol-chlorthalidone22	DARAPRIM	
atorvastatin calcium29	DELZICOL	
Szithromycin14	dexamethasone	
B	diazepam	
baclofen31	digoxin	
benzonatate33	DILANTIN	
benztropine mesylate24	diltiazem hcl	
betaxolol hcl32	DIURIL	
brimonidine tartrate32	divalproex sodium	
promocriptine mesylate25, 30	donepezil hcl	•
budesonide34	dorzolamide hcl	
butalbital-apap-caffeine13	F	
C	ERYTHROCIN STEARATE	15
CAPASTAT SULFATE24	erythromycin base	
carbamazepine17	erythromycin ethylsuccinate	
carbidopa-levodopa25	ethambutol hcl	24
carbidopa-levodopa er25	ethosuximide	
carbidopa-levodopa-entacapone25	F	
carvedilol23	famotidine	20
cefaclor16	flecainide acetate	
cefadroxil14	FLOVENT DISKUS	
cefdinir17	FLOVENT HFA	
cefprozil16	furosemide	
cephalexin14	G	
chloroquine phosphate24	gabapentin	1 <i>7</i> 7
стиогочите рноѕрнате24	yavapenun	1/



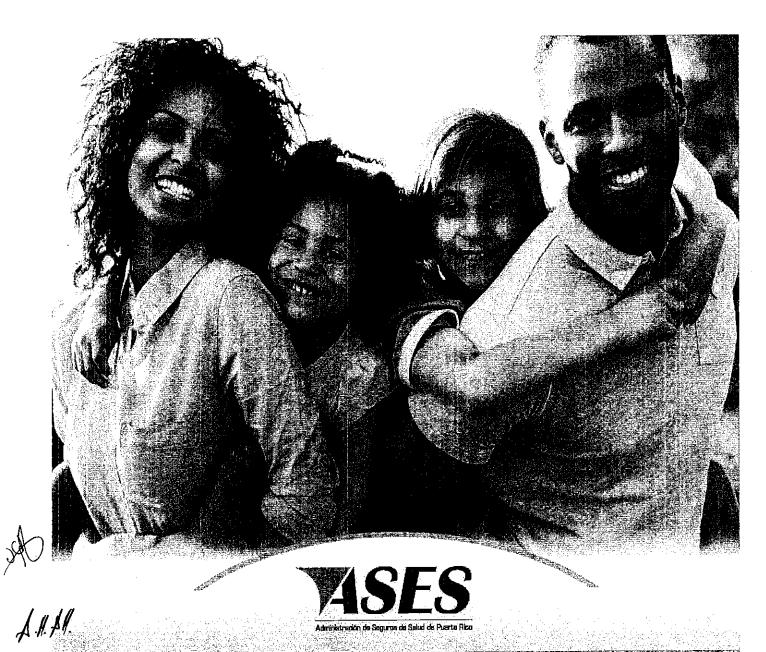
	gemfibrozi os DE	29	methyldopa	20
	gentamicin sulfate		methylprednisolone	
	glimepiride		metoclopramide hcl	
	glipizide		metolazone	
	quaifenesin-codeine		metoprolol succinate er	22
	Н		metoprolol tartrate	
	haloperidol	26	metoprolol-hydrochlorothiazide	
	heparin sodium (porcine)		metronidazole	
	heparin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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

prochlorperazine20	sotalol hcl (af)	2'
prochlorperazine maleate20	spironolactone	
promethazine hcl34	sulfamethoxazole-tmp ds	
propafenone hcl28	sulfamethoxazole-trimethoprim	
propranolol hcl22, 27	sulfasalazine	
propylthiouracil30	SYNTHROID	
pyrazinamide24	Т	
pyridostigmine24	TAMIFLU	20
pyridostigmine bromide23	temazepam	
Q	terazosin hcl	
quinidine gluconate er27	terbutaline sulfate	
quinidine sulfate27	timolol maleate	
quinidine sulfate er27	tobramycin	
quinine sulfate24	topiramate	
Ř	tramadol hcl	
ranitidine hcl29	trazodone hcl	
RHOGAM31	TRECATOR	
RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit	triamterene-hctz	
31	trimethobenzamide hcl	20
rifabutin24	U	
RIFAMATE24	ursodiol	29
rifampin24	V	
<i>risperidone</i> 25	valganciclovir hcl	26
rivastigmine tartrate18	valproic acid	
ropinirole hcl25	VENTOLIN HFA	34
S	verapamil hcl	
salsalate13	vitamin d	
selegiline hcl19	W	
SENSIPAR30	warfarin sodium	26
silver sulfadiazine29	Z	
simvastatin29	zonisamide	18
sotalol hcl27		

A.H.H.

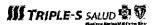


Saludi Física



















Non, Hicardo A, Rosselli Novacis Golggnador

Sra, Argola W. Avia Morrejo Directora Gestiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor.

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

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

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

Les exhorto a conscrvar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en anestra página electronica <u>www.asespr.org</u>.

Cordialmente,

Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva









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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

WA.

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 excepcion. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:



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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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





estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.

- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones ("refills"). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados "AB", así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.
- 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.

H

J. H. F.H.



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

Regla de Emergencia

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

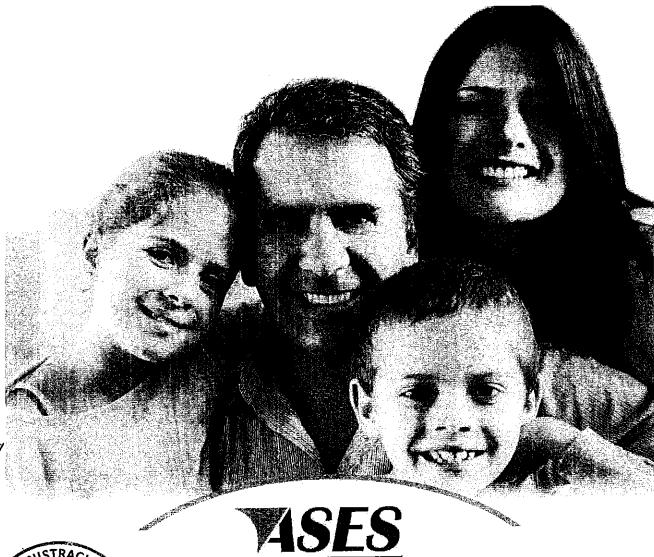
El beneficiario que no haya sido admitido en una institución hospitalaria, deberá visitar su médico primario para la continuidad de tratamiento, incluyendo la terapia de fármacos. Les recordamos que el modelo del PSG es un plan de cuidado coordinado. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos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

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

J.H. H.











Salud Física

2017 Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

















PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

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



ASES SALUD FÍSICA

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





 $(\mathcal{A}_{i,j}) = (\mathcal{A}_{i,j}) \cdot (\mathcal{A}_{i,j} + \mathcal{A}_{i,j}) = (\mathcal{A}_{i,j} + \mathcal{A}_{i,j} + \mathcal{A}_{i,j} + \mathcal{A}_{i,j}) \cdot (\mathcal{A}_{i,j} + \mathcal{A}_{i,j} + \mathcal{A}_{i,j})$

Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]	28
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de A	Angiotensin]
***************************************	28
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]	29
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]	30
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	30
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselective Beta-Adrenérgico Beta-Adrenérgico Beta-Adrenérgico Beta-Adrenérgico Beta-Adrenérgico Beta-Adrenérgico Beta-Beta-Beta-Beta-Beta-Beta-Beta-Beta-	ectivos] 30
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]	30
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]	31
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]	31
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	31
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	31
19 . TYY 12 . 1 . 7	31
Vasodilators [Vasodilatadores]	32
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenoigness]	
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]	32
A ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]	32
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]	32
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]	32
Antituberculars [Antituberculosos]	32
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	32
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]	33
Antifungals [Antifungales]	33
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]	33
Antimalarials [Antimaláricos]	33
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráricos]	
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	33
Anthelmintics [Antihelmínticos]	
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	33
Anticholinergics [Anticolinérgicos]	33
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]	
Dopamine Precursors [Precursores de Dopamina]	34
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]	34





CONTRACT OF THE PROPERTY OF TH

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





112122

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



ASES SALUD FÍSICA

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



ASES SALUD FÍSICA

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



Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]	57
Miotics [Mióticos]	58
Mydriatics [Midriáticos]	58
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]	58
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]	58
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]	
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]	58
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	59
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	59
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	59
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	59
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]	59
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	59
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	59
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]	59
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]	59
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]	60
Nonsedating Histaminel Blocking Agents [Bloqueadores de Histaminal No-Sedantes]	60
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]	60
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]	61
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]	61
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos]	
Mon-piologic Agence [Agences 140-piologicos]	





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

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

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



Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [[ier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
			DRÍA TERAPÉUTICA	<u> </u>
	Therapeu	itic Class (Clase T	erapéutica]	an Kilanggan san gidi ah
图。经济区域2.5次值1801				
a Andres Artes Angelish	nitelory.	Agents (NBAIDs)	Amti-Inflamatorios V	o Esteroidales I
ibuprofen 400 mg fab, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	
indomelhacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	INDOCIN	
nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab	11	Preferred	RELAFEN	
naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	. 1	Preferred	NAPROSYN	
naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab <u>d</u> r	1	Preferred	NAPROSYN	
naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab	1	Preferred	ANAPROX	<u> </u>
selsalate 500 mg tab, 750 mg tab	. 1	Preferred	DISALCID	ļ
sulindac 150 mg lab, 200 mg lab	1	Preferred	CLINORIL	
celecoxib 50 mg cap	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST

1.11.41.

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

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

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



RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

A.H.H.

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 medicamente 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 medicamente 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.







HOS DE						
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]						
有量是 <a>(2) <a>(3) <a>(4)	inden ik Salasik	an Aceria nagriu	randialkintendericiss Landing			
ibuprofen 400 mg tab, 600			MOTOIN	QL=15 días		
mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	No refills		
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN			
nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	RELAFEN			
naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills		
naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills		
salsalate 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	DISALCID			
sulindac 150 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	CLINORIL			
meloxicam7.5 mg tab, 15 mg tab	1	Preferred	MOBIC	QL=15 dias No refills		
The state of the s	Chipa	ក្រៅត្រខ្មែននេះ (Livelings នៅ	xolade (planeter et et le augustrature à			
fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr	2	Preferred	DURAGESIC			
fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr	3	Preferred	DURAGESIC			
morphine sulfate er 15 mg tab er	3	Preferred	MORPHINE			
fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr	4	Preferred	DURAGESIC			
morphine sulfate er 30 mg tab er	4	Preferred	MORPHINE			
morphine sulfate er 60 mg tab er	5	Preferred	MORPHINE			
morphine sulfate er 100 mg tab er	6 _	Preferred	MORPHINE			

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





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
methadone hcl oral tablet 10 mg		Preferred	METHADONE	ASSMCA
methadone hcl oral	<u></u>			
solution 10 ma/ 5ml		Preferred	METHADONE	ASSMCA
Fig. 4219064 CASSON ARID	F(G)(G)(G)/A	or lock for Antaloges	Sesonore, deserva Drie	
以外以及其实数据的	<u> </u>			
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300- 15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills
hydrocodone- acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 7.5-500 mg/15ml				QL=15 días
soln	1	Preferred	VICODIN	No refills
hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	DILAUDID	
meperidine hcl 50 mg/ml inj soln	1	Preferred	DEMEROL	
morphine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab	1	Preferred	MORPHINE	
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab	1	Preferred	OXYCODONE APAP	QL=15 días No refills
tramadol hcl 50 mg tab	1	Preferred	ULTRAM	
butalbital-apap-caffeine 50- 325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab	2	Preferred	FIORICET	QL=15 días No refills
codeine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab	2	Preferred	CODEINE	
meperidine hcl 100 mg/ml inj soln	2	Preferred	DEMEROL	
morphine sulfate 10 mg/5ml soln	2	Preferred	MORPHINE	
morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln	2	Preferred	MORPHINE	
hydromorphone hcl 8 mg tab	3	Preferred	DILAUDID	

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





	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab	3	Preferred	OXYCODONE APAP	QL=15 días No refills
	hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid	4	Preferred	DILAUDID	
	nilije	derit in der Tyfskýrei	i de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de La companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la co	angara <mark>Sagas Laudes</mark> ia (1881)	
	lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
		12112 1 1214 1961	ikande kalpinas (Isiah	<u>្នាំ </u> សូវបន្តែសូរម៉ាតែនៅទៀត (១)	
	clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	
:	diazepam 1 mg/ml soln, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml oral conc	1	Preferred	VALIUM	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
J.A.	flurazepam hcl 15 mg cap, -30 mg cap	1	Preferred	DALMANE	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
S.H. F	orazepam 0.5 mg tab, 1	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
		हुनुभक्ति	ne Afrikaniae iz iz	រត់ផ្លូវបាន សម្រាជមានក្នុង ។ !	
	hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	
			មេសមៀវ ១០១៧ ខែនួក និក <u>ព</u> ្រំ		
	tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln	18	Non-Preferred	ТОВІ	PA

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





	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
				ប្រៀបទំនង ៖ Figure នេះប្រសិទ្ធ	
	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_
	计图像设计器 地名美国		avijarioliotek (iVIao		
	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	
۸.	clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab	2_	Preferred	BIAXIN	
J.C.)clarithromycin 250 mg/5ml susp	3	Preferred	BIAXIN	
	erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	3_	Preferred	ERY-TAB	
	erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	
A.H.A	ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
	的图像 的表现在是一个	រត្រែ និទ្ធិទេ	a disensión la di	हेर्सिक्पेट्रिश्च है जिस्से वसिंहित्स	
	clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg			0/5000	·
	сар	11	Preferred	CLEOCIN	
	MACRODANTIN 25 mg cap	11	Preferred		
	metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	FLAGYL	
	nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap	1	Preferred	MACRODANTIN	

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





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

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





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
BICILLIN L-A 1200000				
unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000	_	N-u Duefersed		
unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
in the actor was product t	ar <u>š</u> e, sto	់ (រួមគ្រាច្បាត្ត៖ S) ្រ ថៃ គ្រ		
ciprofloxacin hcl 250 mg				
tab, 500 mg tab, 750 mg		Preferred	CIPRO	
tab	1	Preferred	OIF NO	
levofloxacin 250 mg tab,	,	Preferred	LEVAQUIN	
500 mg tab, 750 mg tab	1	Freieneu	ELV/(QOIN	
ciprofloxacin 500 mg/5ml	3	Preferred	CIPRO	
(10%) susp ciprofloxacin 250 mg/5ml	3	1 Teleffed	0111(0	
(5%) susp	4	Preferred	CIPRO	
THE LOS CALLS SECOND CONTROL			ราสิทิสาราสิยาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสาราสิทิสา	render i de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la compa
cefaclor 250 mg cap, 500				
1	2	Preferred	CECLOR	
mg cap cefprozil 125 mg/5ml susp,	 			
250 mg tab, 250 mg/5ml				
susp, 500 mg tab	2	Preferred	CEFZIL	
		ទីស្វាស់ខ្លួកប្រជុំ (ទីស្វាស់) ទីស្វាស់ខ្លួកប្រជុំ	ii eini erah erah	
sulfamethoxazole-tmp ds				
/ 800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
sulfamethoxazole-				
trimethoprim 200-40	}			
mg/5ml susp, 400-80 mg		_		
tab	1	Preferred_	SEPTRA	
sulfadiazine 500 mg tab	4	Preferred	SULFADIAZINE	
		is be avoidable	<u>ioninas as como saciones a</u>	
minocycline hcl 100 mg			140100D	
cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	MINOCIN	
doxycycline monohydrate	_	N Dw-f	MONODOV	
50 mg cap, 100 mg cap	2	Non-Preferred	MONODOX_	
Harder (20 Les Venits Genes	s in our exercit	of the same of the same	<mark>ति ग्र</mark> ीकित कर्मा का सम्बद्धान क्षेत्रकार हो है।	
cefdinir 125 mg/5ml susp,		Dunfound	OMNUCEE	
300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF OMNICEF	
cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	UIVINIUEF	<u></u>

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





	ROSU			D	
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	FARE CONTRACTOR OF THE SECOND	1 1 20 1		ing viginalajt	
	metronidazole 0.75 % vag		_		
	gel	2	Preferred	VANDAZOLE	
	clindamycin phosphate 2			0.5000	
	% vag crm	3	Non-Preferred	CLEOCIN	
		48572	(igo) (VI katinika) (Api(iyo	mivialysinesa a	
	carbamazepine 100 mg tab				
	chew, 200 mg tab	1	Preferred	TEGRETOL	
	clonazepam 0.5 mg tab, 1			I (CONODIN	
	mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	
	divalproex sodium 125 mg				
	tab dr, 250 mg tab dr, 500		Destant	DEDAKOTE	
11	mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	
1.11.11	gabapentin 100 mg cap,				
	300 mg cap, 400 mg cap,	4	Preferred	NEURONTIN	
	600 mg tab, 800 mg tab	1	rieletteu	NEORON III	
Λ	lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab,				
(d)	25 mg tab	1	Preferred	LAMICTAL	
	lamotrigine chew tab 5 mg,		170,000		
	25 mg	3	Non-Preferred	LAMICTAL	
	levetiracetam 250 mg tab,				
	500 mg tab	1	Preferred	KEPPRA	<u> </u>
	levetiracetam er 24 hrs 500				
	mg tab, 750 mg	3	Non-Preferred	KEPPRA XR	
	oxcarbazepine 150 mg tab	1	Preferred	TRILEPTAL	
	phenobarbital 100 mg tab,				
	15 mg tab, 16.2 mg tab, 30				
	mg tab, 32.4 mg tab, 60				
	mg tab, 64.8 mg tab, 97.2		5 ()	DUENODADDITAL	
	mg tab	1	Preferred	PHENOBARBITAL	 -
	primidone 250 mg tab, 50		D6	MVCOLINE	
	mg tab	11	Preferred	MYSOLINE	
	topiramate 100 mg tab,				
	200 mg tab, 25 mg tab, 50	4	Preferred	TOPAMAX	
	mg tab		Fieldlied	I OI AWAY	

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





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

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





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
			Z 7 7 Z 7 Z 7 Z 7 Z 7 Z 7 Z 7 Z 7 Z 7 Z	
	Avrigidi vel I		Confrigienteniges) es	
ergoloid mesylates 1 mg		Non-Preferred	HYDERGINE	
tab	6		ir ster Collegial set	
	Str. 18 (12) (12)	7-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11		
donepezil hcl 10 mg tab,				
10 mg odt, 5 mg tab, 5 mg	1	Preferred	ARICEPT	
rivastigmine tartrate 1.5 mg	'	11010110		
cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap,				
6 mg cap	3	Preferred	EXELON	
	เมื่อ(สาย) เกิดเลา	Angoninasi Ancolo	viisteretteerijor alvieva	
memantine10 mg tab, 5				
mg tab	1	Preferred	NAMENDA	
memantine TITRATION				
PAK 5 (28)-10 (21) mg tab	1 _	Preferred	NAMENDA	et al de la companya de participa de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya d
		Medical States and Charles		
amitriptyline hcl 10 mg tab,				
100 mg tab, 150 mg tab,				MENTAL,
25 mg tab, 50 mg tab, 75			F1 A) ///	SUB MENTAL
A mg tab	1	Preferred	<u>ELAVIL</u>	
doxepin hcl 10 mg cap, 10				MENTAL,
mg/ml oral conc, 25 mg		Droformad	SINEQUAN	SUB MENTAL
cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAIN	MENTAL,
imipramine hcl 10 mg tab,	1	Preferred	TOFRANIL	SUB MENTAL
25 mg tab, 50 mg tab	<u> </u>	Fielefied	TOTIVITE	
nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg				MENTAL,
cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	PAMELOR	SUB MENTAL
doxepin hcl 100 mg cap,		,		MENTAL,
150 mg cap	2	Preferred	SINEQUAN	SUB MENTAL
duloxetine 20 mg cap, 30				
mg cap, 60 mg cap	2	Non-Preferred_	CYMBALTA	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





G ES				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	នៅ[ស្រែងទៅ(គ)៖		ត្រូវត្តីស្វាន ២៣១៥៧០ខែការការ	
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	
		នៅមិន្ត្រី ខេត្ត ព្រឹត្តិ ទៀត ម		
metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er				
24 hr	1	Preferred	GLUCOPHAGE XR	
Light And the Hart State Company	WHE engiler	sealfat (2)jiij	(618) ha filla jednik skode i od 1824.	
KOMBIGLYZE XR 2.5-			A NAME OF THE PARTY OF THE PART	
1000 mg tab er 24 hr, 5-				
1000 mg tab er 24 hr, 5-				i
500 mg tab er 24 hr	3	Preferred		ST, C
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5				
mg tab	3	Preferred		ST, C
			e (Gijaa iros)	
GLUCAGON]
∱EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		and the second of the second o
		in and the second section		
HUMULIN 70/30 (70-30)			·	
100 unit/ml sc susp	3	Preferred		C
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	eneminak programsy kalik da programsy kalik da aktiva a	[
	(हों <mark>झे</mark> (हे)किया	CACHARA STANCES		
pioglitazone hcl 15 mg tab,	l i			
30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	
的引起的第三人称单数				
HUMULIN N 100 unit/ml sc				
susp	2	Preferred		C
		English in the subject	High broke merchanica	
LANTUS SOLOSTAR 100				
unit/ml subcutaneous				
solution pen-injector	2	Preferred		C

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





	ROSDE				
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		С
800.0			a palitin ginsvinis	de Rande utaksing Ras	
200	HUMALOG 100 unit/ml sc				
-	soln	3	Preferred		С
			iednenilite innerhiete	kalekilenine dan kalekilen kara	
	HUMULIN R 100 unit/ml inj	The second	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	Andrew Marian and American and American and American and American American American and American Ameri	
	soln	2	Preferred		С
0.00	Para labratasa kana kana kana kan		Sulidia Augera Gelia	kiliu/a: S/E	
	glimepiride 1 mg tab, 2 mg				
	tab, 4 mg tab	1	Preferred	<u>AMARYL</u>	
ŀ	glipizide 10 mg tab, 5 mg				i
	tab	1	Preferred	GLUCOTROL.	
			a very variety (New York)	sydomanisty, so se	
1	insulin syringe/needle	1	Preferred	and the first of the company of the control of the	verk colonia (1888-48 m.) Maska kasa (1896-18 A.)
-		74.4.63.46		rela, i Artia i i i i se si ili si i sali	
ľ	ondansetron 4 mg odt, 8				
\downarrow	mg odt	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
\bigcup_{i}	ondansetron hcl 24 mg tab,			7050411	
۱,	4 mg tab, 8 mg tab	1	Preferred	ZOFRAN	75 TO TECH S. ST. 45. THE TOWN TO PARTY.
	计时间的 	र्वा होता है कि	ik Andrewskiestogskild	न् हिनाबेद्ध भावित्व भागान्त्र	
Ī	metoclopramide hcl 10 mg				:
	tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg				
	tab, 5 mg/5ml soln, 5		Preferred	REGLAN	
	mg/ml inj soln	1	Fieleneu	T(EOE/T)	
	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	ļ			
	inj soln, 50 mg/ml inj so <u>ln</u>	1	Preferred	PHENERGAN	
	trimethobenzamide hcl 300				
ļ	mg cap	11	Preferred	TIGAN	
			e de la proposition de la constant		
	prochlorperazine edisylate				
	5 mg/ml inj soln	_ 1	Preferred	COMPAZINE	

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





	16	5 [*] /			
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	prochlorperazine maleate				
	10 mg tab, 5 mg tab	1 _	Preferred	COMPAZINE	
	prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
			ระกับนี้ Aviante (Avian	irigi Antiquata	
	allopurinol 100 mg tab, 300				
-	mg tab	1	Preferred	ZYLOPRIM	
ŀ	colchicine 0.6 mg cap	3	Preferred	MITIGARE	PA
ŀ	colonionic c.o mg cap				QL= 3 tab,
	colchicine 0.6 mg tab	3	Non-Preferred	COLCRYS	15días
	POLITICA DE GRANDO DE PRESENTA	11	genicante bind	similaris (2000)	
A	probenecid 500 mg tab	1	Preferred	BENEMID	
The state of the s		el/(eleje	Esta (Vedebrate Navalor	arjagija Aurodardardi.	
	clonidine hcl 0.1 mg tab,	_	Duefersed	CATADDECC	
ļ	0.2 mg tab, 0.3 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	
\neg	methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ALDOMET	
4	The Market Heather Alle Control of the	abate (do No 15			
	terazosin hcl 1 mg cap, 10			18 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
	mg cap, 2 mg cap, 5 mg				
	cap	1	Preferred	HYTRIN	
		retion fri	经算数保证的外的基础	prides Delesarioticanele	
Ī	losartan potassium 100 mg				
	tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	
ſ	losartan potassium-hctz				
	100-12.5 mg tab, 100-25		D (1177440	
	mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	
				(1, 6, 4) 14: (5) (5) (5) (5) (7) (6) (6) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7	
	fosinopril sodium 10 mg	4	Preferred	MONOPRIL	
-	tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	i leidied	WOITOTTAL	
	lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab,				
	40 mg tab, 50 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZESTRIL	
- 1	io ing tab, o ing tab	<u> </u>	<u></u>		

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





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
lisinopril- hydrochlorothiazide 10- 12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	1	Preferred	ZESTORETIC	
California	ar jiele la la	पश्चिति हैं जातार अधिकार		
amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	NORVASC	
diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab	1	Preferred	CARDIZEM	
diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap g er 24 hr, 240 mg cap er 24				
/ er 24 nr, 240 mg cap er 24 / hr	1	Preferred	DILACOR XR	
diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr	1	Preferred	TIAZAC	
diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr	1	Preferred	CARDIZEM CD	
dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr	1	Preferred	DILACOR XR	
nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr	1	Preferred	PROCARDIA XL	
verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	CALAN	
verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er	1	Preferred	CALAN SR	
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	2	Preferred	TIAZAC	
diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr	2	Preferred	CARDIZEM CD	

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





	10800				
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr Little Wartignic Annyaras	2	Preferred	PROCARDIA XL	Carton (C1)
	acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab	વ	Preferred	DIAMOX	
	atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab metoprolol succinate er 25	11	Preferred	TENORMIN	
111	mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr metoprolol tartrate 100 mg	1	Preferred	TOPROL XL	
[.H.]].	tab, 25 mg tab, 50 mg tab metoprolol succinate er	1	Preferred	LOPRESSOR	
	100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr	2	Non-Preferred	TOPROL XL	รไประเมณิต หลักสุดให้ หรือ ๑ ห
)X	atenolol-chlorthalidone				
	100-25 mg tab, 50-25 mg tab metoprolol-	1	Preferred	TENORETIC	
	hydrochlorothiazide 50-25 mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
	metoprolol- hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	3 _	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
	bumetanide 0.5 mg tab, 1	Secretary and address mass.	Non-Preferred	BUMEX	11.
	mg tab, 2 mg tab furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	11	Preferred	LASIX	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





OR S	3 ^k /			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	va Bibla B	der de la la la la la la la la la la la la la	Erlada (ergele November)	
propranolol hcl 10 mg tab,				
20 mg tab, 20 mg/5ml soln,				
40 mg tab, 40 mg/5ml soln,				
80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Non-Preferred	INDERAL	
proprandiding of my tab	a seculor	-Directory (District)	ទីសិត្តិនិទ្ធស៊ីសេត្រមាស្រីសិទ្ធសា	<u> </u>
spironolactone 100 mg tab,				
25 mg tab, 50 mg tab	1 _	Preferred	ALDACTONE	
triamterene-hctz 37.5-25				
mg cap, 37.5-25 mg tab,				
75-50 mg tab	1	Preferred_	MAXZIDE	
June 1 to Andrew Spring a section of the		្សន្សទទ្ធភ្នំក្រៅទេសខ ក្រស្រែន	ilianis, irbezdiolaria	
chlorothiazide 250 mg tab,				!
500 mg tab	1	Preferred	DIURIL	
chlorthalidone 25 mg tab,		_		
50 mg tab	1	Non-Preferred	HYGROTON	
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		
hydrochlorothiazide 12.5				
\forall mg tab, 25 mg tab, 50 mg $-$			##ADA7IDE	
tab	1	Preferred	MICROZIDE	
indapamide 1.25 mg tab,		- ()	1.0701	
2.5 mg tab	1	Preferred	LOZOL	
metolazone 2.5 mg tab, 5		N. Doefeend	ZAROXOLYN	!
mg tab	11	Non-Preferred		
chlorthalidone 100 mg tab	2	Non-Preferred	HYGROTON ZAROXOLYN	
metolazone 10 mg tab	2	Non-Preferred		
[[[]]]			(= Scienzes de la vise	
carvedilol 12.5 mg tab, 25	1			
mg tab, 3.125 mg tab, 6.25	١.	Dunfausad	COREG	
mg tab	1	Preferred	CONEG	
hydralazine hcl 10 mg tab,	[
100 mg tab, 25 mg tab, 50		Drofe-nod	APRESOLINE	
mg tab	1 _	<u>Preferred</u>	AFRESULINE	
minoxidil 10 mg tab, 2.5	_	Preferred	LONITEN	
mg tab	1	rielelieu_	LOMILLIN	J

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





1081	15			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
AND TO THE STREET	ini e i i ji ji ji ji ji ji ji ji ji ji ji ji	ogelding Aglande Aghlogi Ogelding Aglande Aghlogi	រាំងវិធីស្វែង (Erakit / បញ្ជាបានប្រើទ	51 - 21 - 11 - 12 - 12 - 12 - 12 - 12 -
divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	11	Preferred	DEPAKOTE	
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1_	Preferred	TOPAMAX	
Property of the property of the control of the cont	KIN KON			
sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	_1	Preferred	IMITREX	QL= 6 tab
The state of the s				
		eglogy bioghte (Proc	Anteronal Contraction of the con	
pyridostigmine bromide 60				
mg tab	2	Preferred	MESTINON	
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		
pyridostigmine bromide			MEGTINION	
180 mg tab er	6	Non-Preferred	MESTINON	
			in-fulliero	
isoniazid 100 mg tab, 300		Deefermed	ISONIAZID	
mg tab	11	Preferred	RIFADIN	
rifampin 150 mg cap	1	Preferred Non-Preferred	MYAMBUTOL	
ethambutol hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	
pyrazinamide 500 mg tab	22	Preferred	RIFADIN	<u> </u>
rifampin 300 mg cap		Non-Preferred	MYAMBUTOL	
ethambutol hcl 400 mg tab	<u>3</u> 5	Non-Preferred	ISONIAZID	
isoniazid 50 mg/5ml syr	5	Noti-i referred	MYCOBUTIN	Puerto Rico
rifabutin 150 mg cap			SEROMYCIN	Health
RIFAMATE 50-300 mg cap			OLI (OLI (OLI)	Department
TRECATOR 250 mg tab	-		 ,	Tuberculosis
CARASTAT 1 am ini				Control Program
CAPASTAT TYTIII)	3516: 24516	nyasiishin kasikanii	ผู้ให้ขึ้งระดีเล็กเขาหลังที่เราะสากสะ	
dapsone 100 mg tab, 25	i Stalin Listenia		The state of the second	
mg tab	2	Preferred	DAPSONE	
7119 1012				

[•] PA — Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA — Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL — 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]





TOS DE				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
		า เมโตยหนึ่งสายเราะโรงเห็นที่ใช้เราะ	ก็กเจ้ารู้เปรียงไ	
			<u> San Joseph C. M. Million (C. Dailling)</u>	
fluconazole 10 mg/ml susp,		1		
100 mg tab, 150 mg tab,	1	Preferred	DIFLUCAN	
200 mg tab, 50 mg tab ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
nystatin 100000 unit/gm	<u> </u>	110101104		
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	SIDA
	Vagis≅	PAYEVIA ÇIŞIFSI ANVIĞID	orles varincies in the second	
terconazole 0.4 % vag crm,		4-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	-]
0.8 % vag crm	2	Preferred	TERAZOL	STORES OF THE PERSON NAMED OF THE
		va ត្រូវជ្រាស់ស្រាប់ក្រសួងប្រើប	ista precional	
chloroquine phosphate 250				
mg tab, 500 mg tab	_1 _	Preferred	ARALEN	
hydroxychloroquine sulfate		D (DI AOLIENII	
200 mg tab	1	Preferred	PLAQUENIL	PA
DARAPRIM 25 mg tab	19	Non-Preferred	di Szoribas displantian Senen	The second secon
14 15 4 14 5 April 50625		Aug deut bijden		
NEBUPENT 300 mg inh	l .	Non Duckoused		PA
soln	4	Non-Preferred		
		Selbystella extrage is a missel field selacion and a c		
PIN-X 720.5 mg chew tab	1	Preferred		OTC
REESES PINWORM	,	Preferred		отс
MEDICINE 144 mg/ml Susp	$\frac{1}{7}$	Non-Preferred		PA
BILTRICIDE 600 mg tab		I MOULT LEIGHEU		
	entrada) ja Karanatan		รที่เกิดแสดน เกมี	er en green aan kaap 6000. Paraksan a al
				<u> </u>
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
	าร์งกัดเรียนั้น เรียกกลังเห็นไป		indernoe (val) al (vol) i	
The state of the s				ay Delata (<u>Ameliasa keen tala keen dada ka</u> ababaha dada ee saba ee sabad
amantadine hcl 50 mg/5ml	1	Preferred	SYMMETREL	
syr	<u> </u>			

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





	TOS	DES			
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	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	
	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 REQUIP	
	ropinirole hcl 2 mg tab	2	Preferred	REQUIP	
	amantadine hcl 100 mg cap	3	Preferred	SYMMETREL	
	bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	
1. H. A.	carbidopa-levodopa- entacapone 18.75-75-200 mg tab	4	Non-Preferred	STALEVO	
J. J. J. J. J. J. J. J. J. J. J. J. J. J	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	
		มีเกียนที่ไก้ ย	्रमुक्तर्वक मुंखेल (इ.स.) अस्त्रवाम्	folkes mer Doda mike i sastas	
	carbidopa-levodopa 10- 100 mg tab, 25-100 mg tab	1	Preferred	SINEMET	
	carbidopa-levodopa 25- 250 mg tab	2	Preferred	SINEMET	
	carbidopa-levodopa er 25- 100 mg tab er, 50-200 mg tab er	2	Preferred	SINEMET CR	
			Non Professor	CARBEX	
	selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	UANDEA	
	oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap	4	Preferred	TAMIFLU	
	TAMIFLU 6 mg/ ml susp	13	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]





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
His Labor Document			ឲ្យការខែនាងជានេះ ប្រែក្រពុំទទួលប្រែក	
valganciclovir hcl 450 mg			VALOVITE	D _A
tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA
工程程序 经未经济的 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 10	waykyni lijicin	ក្នុងស្រែកពីនៃក្រុមប្រឹក្សា	非常的们 同的一个问题	
acyclovir 200 mg cap, 400				
mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
PUT PUT EST EN PLET AND REPLETANTIFE	trometrê	ালীকাল কালে প্রায়োগ	विद्यार कार्यकार के विद्यापार के विद्यापार के विद्यापार के विद्यापार के विद्यापार के विद्यापार के विद्यापार के	
	<u> </u>			CENTROS DE
				PREVENCIÓN Y
EPZICOM 600-300 mg tab				TRATAMIENTO
ATRIPLA 600-200-300 mg				- CLÍNICAS DE
tab				IMMUNOLOGÍA
	al alexander de	าลีกรักได้การจังสมิโรกได้ได้เกิ	(a) Fold is larger programme	
			and the second second second second second by the second s	CENTROS DE
4.				PREVENCIÓN Y
1				TRATAMIENTO
ICENTRESS motocoium				- CLÍNICAS DE
ISENTRESS potassium		1		IMMUNOLOGÍA
400 mg tab				
	可包含品层域的 可包含	。 《新聞記》(4)》(2))第12年 (1212)))。	·建プス等等等學習 接近的原理等的的程序。例如古代哲学是表面的。	CENTROS DE
				PREVENCIÓN Y
SELZENTRY 300 mg tab				TRATAMIENTO
				- CLÍNICAS DE
FUZEON subcutaneous kit				IMMUNOLOGÍA
90 mg				
A SELECTION OF THE PROPERTY OF A SECTION OF	s list Tive Ni		រីកែវត្តែវិទ្ធិស្នាស់ ស្រីក្នុង ទី ទីទី - ប្រជាព្រះស្នាស់	
	- 1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	
nevirapine 200 mg tab	1	Preferred	VIRAMUNE	
nevirapine 50 mg/5ml susp	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
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		С
OOOTIVA OOOTING tab	<u> </u>		<u> </u>	L

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





ROST	ES			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
INTELENCE 200 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
MI ELENCE 200 mg tab			Safahan bazan kebanalan	
			William William	
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	4	Non-Preferred	ZIAGEN	
Cap dr	5	Preferred	EPIVIR	
lamivudine 10 mg/ml soln	4	Preferred	EPIVIR	
lamivudine 150 mg tab	4	Freieneu	<u> </u>	
zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr	4	Non-Preferred	RETROVIR	
abacavir sulfate 300 mg	5	Preferred	ZIAGEN	
didanosine 400 mg cap dr	5	Non-Preferred	ZIAGEN	
lamivudine 300 mg tab	5	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Non-Preferred		
lamivudine 100 mg tab	6	Preferred	EPIVIR	PA
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	6	Preferred	COMBIVIR	
abacavir-lamivudine- zidovudine 300-150-300 mg tab	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
EMTRIVA 200 mg cap				CENTROS DE PREVENCIÓN Y
VIREAD 300 mg tab				TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE
TRUVADA 200-300 mg tab	#2 <u>#17.#2</u> 11.#3#.#17.	4.758 - 566 (\$1.7576) - 6.7588 (778 - 5 8 8)	TRUVADA	IMMUNOLOGÍA
A STATE OF THE PARTY OF THE PAR] (\frac{1}{2} \overline{1} \ov		PROSCAR	
finasteride 5 mg tab	1	Preferred	FRUSUAR	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
情境中的特殊家庭等例而此的	ह्मण <u>्ड</u> ालाहर ह	logkup Ascos lije		
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	11	Preferred	FLOMAX	
terazosin hcl 1 mg cap, 10				
mg cap, 2 mg cap, 5 mg	ļ			
cap	1	Preferred	HYTRIN	
Harrietterne som et læste i		micosopikoje (Ango	orsterness and a second	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
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	1	Preferred	COUMADIN	
heparin sodium (porcine)				
1000 unit/ml inj soln	2	Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (porcine)				
10000 unit/ml inj soln,				
5000 unit/ml inj soln	3	Preferred	<u>HEPARIN</u>	
heparin sodium (porcine)			LIEDADINI	
pf 5000 unit/0.5ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (porcine)			LIEDADIN	
2000 unit/ml iv soln	8	Preferred	HEPARIN	
LANGUES SEEDER			tennings) is see that was a line	<u> </u>
cyanocobalamin 1000) "	
mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
	កគ្រក់) នៅ		រ៉ាំត្រីកំព្រំក្រុងទទួលម្រាស់ប្រជាព្រះ	
NEUPOGEN 300				
mcg/0.5ml inj soln, 300				
mcg/ml inj soln, 480	ļ		•	D4 0
mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, C
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc			1	DA C
soln	15	Preferred		PA, C
NEULASTA DELIVERY				
KIT				
6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C
NEUPOGEN 480		D		DA C
mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred	L	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]





	POORE	2.			
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
		ns Silionae	ing a constant	is Fallendanicisciscis Edicaliei	
-	ARANESP (ALBUMIN				
Ì	FREE) 100 mcg/0.5ml inj				
	soln	1	Preferred		PA, C
-	PROCRIT 2000 unit/ml inj				
1	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
Ì	PROCRIT 10000 unit/ml inj				
	soln	7	Preferred		PA, C
Ī	ARANESP (ALBUMIN			-	·
	FREE) 40 mcg/0.4ml inj				
7	soln	7	Preferred		PA, C
Ī	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				
7	soln, 150 mcg/0.75ml inj	ļ			
	soln, 200 mcg/0.4ml inj		·		
İ	soln, 200 mcg/ml inj soln,				
	300 mcg/0.6ml inj soln,				
	300 mcg/ml inj soln, 500				
	mcg/ml inj soln, 60				D 1 0
L	mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, C
	PROCRIT 20000 unit/ml inj				D. A. O.
L	soln	9	Preferred		PA, C
	ARANESP (ALBUMIN	•			D
	FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, C
-	PROCRIT 40000 unit/ml inj		,		
	soln	10	Preferred		PA, C
w topula		Filtro			
ſ	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]





	E 51			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
		Table galle	(PAT)	
folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	отс
IN CHARLESCENCE AND PROPERTY.		codicio illieni della mo		Franklij de se
ferrous sulfate 325 (65 fe)				
mg tab	1	Preferred	IRON	OTC
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
THE THE WAY THE SECRET HE WANTED	ania vye	of the Helpidian of Helpidia	Mestica Belia Pesti Wolfiad i	
enoxaparin sodium 30				
mg/0.3ml sc soln, 40				
mg/0.4ml sc soln	5	Non-Preferred	LOVENOX	PA]
enoxaparin sodium 300				
mg/3ml inj soln, 60				
mg/0.6ml sc soln, 80				
mg/0.8ml sc soln	7	Non-Preferred	LOVENOX	PA
enoxaparin sodium 100				
mg/ml sc soln	9 _	Non-Preferred	LOVENOX	PA
enoxaparin sodium 120				
mg/0.8ml sc soln	10	Non-Preferred	LOVENOX	PA
enoxaparin sodium 150				
mg/ml sc soln	14	Non-Preferred	LOVENOX	PA i
	ice (Example)	ingledenslebei	ideofates de elegación.	
aspirin 325 mg tab, 325 mg				
tab dr, 81 mg tab dr	1	Preferred	ASPIRIN	ОТС
aspirin low dose 81 mg			4.00/0/1	
tab, 81 mg tab dr	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
cilostazol 100 mg tab, 50			DI ETAL	
mg tab	11	Preferred	PLETAL_	
clopidogrel bisulfate 75 mg	_	Df	אויא ומ	
tab	1	Preferred	PLAVIX	
		្ត វិទីស្វាស្តែក្រសួង(ទីស្វី)		
alendronate sodium 10 mg			regione for the second control of the second second second second second second second second second second se	
tab, 35 mg tab, 5 mg tab,				
70 mg tab	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]





OSDES				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
	<u>.</u> Addieddy	ing sa sa sa sa sa sa sa sa sa sa sa sa sa	ะ รูปณ์เมื่องการอาปนี้	
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80	1	Preferred	INDERAL	
mg tab sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg	1	Fleielled	MBEIOLE	
tab	1	Preferred	BETAPACE_	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	
AND LIVERY TO SEE SEASON	Anianhy	dinjirgs dayped Addaid	ikinilijaneids, itilijakkavi 🔑 🦂	
quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab	1 _	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
quinidine gluconate er 324 mg tab er	2	Preferred	QUINAGLUTE	
quinidine sulfate er 300 mg tab er	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
			kultin in this literature	
mexiletine hcl 150 mg cap	2	Preferred	MEXITIL	
mexiletine hcl 200 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	
AND HILLIANDS FOR SECTION	ivilari 🖂	The Type by Mi	FACTOR TOWNS	
flecainide acetate 100 mg y tab, 50 mg tab	1	Preferred	TAMBOCOR	
propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab	1	Preferred	RYTHMOL	
flecainide acetate 150 mg tab	2	Preferred	TAMBOCOR	
propafenone hcl 300 mg tab	3	Preferred	RYTHMOL	
amiodarone hcl 200 mg tab	1 1	Preferred	CORDARONE	
A Straight and a straight and a			ជាខ្លួនអ្នកប្រាក្យមានមានក្រុមប្រកិត្ត	
pentoxifylline er 400 mg tab er	1	Preferred	TRENTAL	
digox 125 mcg tab, 250		a fritzenskih	The state of the Communication of the state	
mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	

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





OSDE				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
digoxin 0.05 mg/ml soln,			•	
125 mcg tab, 250 mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	
10 94 17 2 3 SEC INGNAN	Hyperien	anding terms in gettle	s Rais Africa (anslord Fiblioci	AND THE PARTY OF T
sildenafil citrate 20 mg tab	3	Preferred	REVATIO	PA 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
		V213.016. [[51(5):3]-1\V216(00	(all is poses)	
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	- 1	Ticlened		<u> </u>
patch 24hr	1	Preferred	NITRODUR	
NITROSTAT 0.3 mg tab subl, 0.4 mg tab subl, 0.6 mg tab subl	1	Preferred		
nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td			NUTDODLID	
"patch 24hr	2	Non-Preferred	NITRODUR	
			किष्टि <u>हें ब</u> ्लासः सहस्रात्राताता ।	
AMPYRA 10 tab er 12hr	9	Preferred		PA, C
COPAXONE 20 mg/ml sc	17	Preferred		PA, C
kit	 /	Freieneu		171,0
COPAXONE 40 mg/ml				
subcutaneous solution	14	Preferred		PA, C
prefilled syringe AVONEX 30 mcg im kit	13	Preferred		PA, C
AVONEX 50 mcg mrkit	13	Ticionica		
mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
AVONEX PREFILLED 30	13	7 10101104	· · ·	1, -
mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
GILENYA 0.5 mg cap	15	Preferred		PA, C
_ <u> </u>	L			

[•] PA — Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA — Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL — 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]





TOORES				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos
	Neto]		Referencia	/Límites]
TYSABRI intravenous				
concentrate 300 mg/15ml	15	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120 mg cap			-	
dr	14	Preferred		PA, C
TECFIDERA 240 mg cap				
dr	14	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120-240 MG				
misc	14	Preferred		PA, C
BETASERON 0.3 mg sc kit	13	Preferred	TAN TERMINATUR PER DE TOUR TOUR DE LA COMPANION DE LA COMPANIO	PA, C
	基 Altvi	aling Audus (Ageni		
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
HARRION BROKES		En parten en en en en en en en en en	ाहरू होत्र १५७(होताराशीय) स्टब्स्ट हो हिन्दु ।	
STIVARGA 40 mg tab	15	Preferred		PA, C
	是自作者外	市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市市	तिवाहिताहरू इ.स.च्याहरू	
bicalutamide 50 mg tab	2	Preferred	CASODEX	
flutamide 125 mg cap	4	Non-Preferred	EULEXIN	
1000 Salbaber Jezacon Carlo		สาเมื่อสาย (สายสาย เพื่อได้		
tamoxifen citrate 10 mg	- 142 T - 142 <u>- 1</u>			
tab, 20 mg tab	1	Preferred	NOLVADEX	
	NEVEN	沙尼亚沙洲 西部		
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred	en blande av entre folklikke en en de skriver en en en en en elle "de "" "gløre elde skriver elde en bereide i	
		National Company of the Company of t	(14.15.00 a) (0.8.15.00 a)	
hydroxyurea 500 mg cap	2	Preferred	HYDREA	
mercaptopurine 50 mg tab	2	Preferred	PURINETHOL	
methotrexate 2.5 mg tab	2	Preferred	METHOTREXATE	
mound oxate 2.0 mg tab	· · ·	Administrative Prior Author		

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





TOS DES!				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
capecitabine 150 mg tab	7	Non-Preferred	XELODA	PA
capecitabine 500 mg tab	11	Non-Preferred	XELODA	PA
Jaki Kalangan Anine pilasi	ić Elizyini		ikinjaakilijiololojejenistoleikijo	
SPRYCEL 20 mg tab	14	Preferred		PA, C
SPRYCEL 50 mg tab	21	Preferred		PA, C
imatinib 100 mg tab	18	Non-Preferred	GLEEVEC	PA
SPRYCEL 70 mg tab	17	Preferred		PA, C
SPRYCEL 80 mg tab	25	Preferred		PA, C
TASIGNA 150 mg cap	22	Preferred		PA, C
SPRYCEL 100 mg tab	25	Preferred		PA, C
AFINITOR 2.5 mg tab	25	Preferred		PA, C
NEXAVAR 200 mg tab	25	Preferred		PA, C
SPRYCEL 140 mg tab	25	Preferred		PA, C
AFINITOR 10 mg tab, 5				
^{′¶} mg tab, 7.5 mg tab	23	Preferred		PA, C
TASIGNA 200 mg cap	19	Preferred		PA, C
imatinib 400 mg tab	25	Non-Preferred	GLEEVEC	PA
		Shade Establish	artiscle Algebra	3 1 2
megestrol acetate 20 mg				
tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40				
mg/ml susp, 400 mg/10ml		D (MEGACE	
susp	2	Preferred	MEGACE	
FEMALES TO TO SHOW THE SERVENCE OF	gliofel (stepsies	Section and the section of the secti	BERTHER AND MEDITAL STATE OF THE SECOND SECO	
anastrozole 1 mg tab	1	Preferred	ARIMIDEX	
	ADELEGRA	it i Moze i i Em (e) e di sal	Activiological control (Addition Calli)	
leucovorin calcium 5 mg	_	5 . 6	I EUCOVODIN	
tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg		Dueferned	LEUCOVORIN	
tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg		Preferred	LEUCOVORIN	
tab	9			
THE PROPERTY AS THE PARTY AS TH	western family is	tara tara ang menang menang men		
LUPRON DEPOT 45 mg		Preferred		PA, C
im kit LUPRON DEPOT 11.25	2	Fieldiieu		17,0
mg im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA, C
mg m kit, 5.75 mg m kit		1 10101100	L	.,,,,

[•] PA — Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA — Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL — 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]





108 DE				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
LUPRON DEPOT-PED		-		
11.25 mg im kit, 15 mg im				
kit, 7.5 mg im kit	8	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 22.5 mg	_			
im kit, 30 mg im kit	9	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED				
11.25 mg (ped) im kit	9	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 30				
mg (ped) im kit	10	Preferred		PA, C
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
TATAL BALLES BERNALD AND AND SEE	le Me (outsi)		त्रकीतिहासिक स्वयम्बद्धीति स्वयम्	
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred	<u>. </u>	PA
ACTIMMUNE 2000000]			
unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
INTRON A 6000000				
unit/ml, 10000000 unit,	i			
$\sqrt{18000000}$ unit, 50000000		5		D
unit		Non-Preferred		PA
			of Handley Control	
etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	SAN TANTAN ENTERPRINT AND CHARACTERS TA
			MINAY BOOK SALEDON VERTOR BOOK	
《大型图像用题》,但包含是16年 8月		ijani distantina	gerit.	
clotrimazole 10 mg				
mouth/throat lozenge, 10				
mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	
nystatin 100000 unit/ml			10.000TATA	
mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
		UNITED WORLD IN BEE		
chlorhexidine gluconate				
0.12 % mouth/throat soln	1	Preferred	PERIDEX	60 70 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
14 000000000000000000000000000000000000		CAN CONTROL TO SEE TO SEE THE SECTION OF THE SECTIO		
pilocarpine 5 mg tab	3	Preferred	SALAGEN	

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





POSDES				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
BINETICE I		ania Paratelogia (1854) dia 1861	Grander .	
sulfacetamide sodium- sulfur 10-5 % external emulsion	1	Preferred	SULFACET R	
clindamycin phosphate 1 % soln	_2	Preferred	CLEOCIN T	
erythromycin 2 % gel, 2 % soln	2	Preferred	ERYGEL	
经制制。随外,政治政策	Y € 174\¢Info	រដ្ឋវិសាសមនុវាជីវិសាស្ត្រវិសាស្ត្រ	şişgirindi/AlquiBlo-Louis (1975)	
tretinoin 0.05 % crm,	2	Preferred	RETIN A	AL < 21 años
isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap	6	Preferred	Zenatane	
	0 4 7 8 7 W	duly so in stall to	sicionimeters)	
hydroxyzine hcl 10 mg tab,	\$ 4.5.65 \$ 4.50			
10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml		Destance	ATARAX	
syr, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred		
		<u> </u>	Oxsoralen	
methoxsalen 10 m cap	50/6/51/V/DE	Preferred		
selenium sulfide 2.5 % lot	1	Preferred	SELSUN	
nystatin 100000 unit/gm oint, crm	1 _	Preferred	MYCOSTATIN	
A Place See a Bearing to baile		radiga ម្ចាស់នៅ និមិននៃ។	្រីត្រឹម្បីលើទៅ (and Ceimbel 19-1	
fluorouracil 2 % soln, 5 %				
soln	3	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	4	Non-Preferred	EFUDEX	
		adistiliones de la come	ortheography in the content of	
betamethasone				
dipropionate aug 0.05 %		Non-Preferred	DIPROLENE	
crm	3	MOII-LIEIEHEU	DII NOLLIVL	
betamethasone		,		
dipropionate aug 0.05 %	4	Non-Preferred	DIPROLENE	
oint				i Potenolal
mometasone furoate 0.1 %	widalselia 	O DALINDA IN DE IMANO		
oint, 0.1% crm, 0.1% soln	1 1	Preferred	ELOCON	
Ourt, 0. 170 Orin, 0. 170 SOIN	<u>. </u>	1 10.01100	<u> </u>	<u></u>

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





Drug Name [Nombre del Cost Tier [Tier] Reference Name Lir [Nombre de [Requer]	ements/ nits
	imientos nites]
High Life Machine Economy Licities Glussicant areas Competended to Mancola in the Cotton Cotton	
triamcinolone acetonide	Complete and the second
0.1 % crm, 0.1 % oint, 0.5	
% crm, 0.5 % oint 1 Preferred KENALOG	
betamethasone valerate	
0.1 % crm, 0.1 % lot, 0.1 %	
oint 1 Preferred DIPROLENE	
ung panggan ang panggang panggang panggang panggang panggang panggang panggang panggang panggang panggang pang	
hydrocortisone 2.5 % crm,	
2.5 % lot. 2.5 % oint 1 Preferred HYDROCORTISONE	
MIT TO THE TERM OF THE SECTION OF TH	
	60 gm.
	= 60 cc,
lindane 1 % lot 4 Non-Preferred LINDANE 30d	ías, ST
HIALIFARATERS CARROLLING CONTROLLING CONTR	
mupirocin 2 % oint 1 Preferred BACTROBAN	
silver sulfadiazine 1 % crm 1 Preferred SILVADENE	
metronidazole 0.75 % crm,	_
0.75 % gel, 0.75 % lot 4 Non-Preferred METROLOTION	
BUTTO AND THE SECOND SE	
	C (crm)
nystatin 100000 unit/gm	
oint, crm 1 Preferred MYCOSTATIN	
THE PARTY OF THE P	
calcipotriene 0.005 % crm 6 Non-Preferred DOVONEX	
acitretin 10 mg cap, 17.5	\neg
mg cap, 25 mg cap 7 Non-Preferred SORIATANE	ST 1881 7 19 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11
THE PLANE OF THE SECTION OF SECTI	
cholestyramine 4 gm pckt,	
4 gm/dose oral pwdr 3 Preferred QUESTRAN	منين داه کارو در د
THE TRANSPORT OF THE PROPERTY	
gemfibrozil 600 mg tab 1 Preferred LOPID	
TENTRE LITERANCES A PERMESON DESIGNATION OF THE SECONDENSING FOR A	
atorvastatin calcium 10 mg	
tab, 20 mg tab, 40 mg tab,	
80 mg tab 1 Preferred LIPITOR	

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





	_			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
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	
		Epsilonolles (At 15)	ingstigeringers of	
dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab	1	Preferred_	BENTYL	
dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln	2	Preferred	BENTYL S Antalystrasi	
misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab	1	Preferred	CYTOTEC	
sucralfate 1 gm tab	1	Preferred	CARAFATE	
1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt	3	Preferred	ntukan sa (Olwaniwa antuka Bi	C
CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt,				
3000-9500 unit cap dr prt	5 ਜੁ2}\ हर्द्धक	Preferred តាមក្រុសខេត្តកំពុកនុង ស្រ	ર્ગાદિકોલા સારાલ હોલી સિસ્સલા પોર્કાફો	C Mariyan Markat as
famotidine 20 mg tab, 40 mg tab ranitidine hcl 15 mg/ml syr,	1	Preferred	PEPCID	
150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	
was diel 200 mg con	· بىشىنلىنىلىنىدىكى خوالىان	Preferred	ACTIGALL	PA
ursodiol 300 mg cap cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc	6_	Non-Preferred	GASTROCROM	PA

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





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
TATAL STREET STREET, S	Parini Fron	abajon Mondalah dis	(elogia yang merekan di sebesah dari merekan di	
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr,40 mg cap dr	1 alanyassina	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
hydrocortisone ace- pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
The Property of Manager	3(0); (1)(1) 	ng Dyrolank (Polen	าที่ มีระที่ ในสอบที่(อันที่การที่เอล โนกลอง สุธ) 	060812
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
	hogo kie	Barrie de medica	seciological indications of the second	
RENVELA 0.8 gm pckt	8	Preferred	3 3 3 4 5 4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	PA, C
RENVELA 2.4 gm pckt,				
800 mg tab	8	Preferred		PA, C
calcium acetate 667 mg	3	Non-Preferred	PHOSLO	
	or Univer	เพื่อผู้เคมือเต็มเลาราส์แล้มยื	Minder Alling Cross	
ur n-c 81.6 mg tab	1	Preferred	URIN D/S	
URETRON D/S tab	1	Preferred		
URIMAR-T 120 mg tab	1	Preferred	<u> </u>	
urin ds tab	1	Preferred	URIN D/S	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [pápado)	नुवाध्याप्त्रवीच्या अवस्था	ក់ផ្សារថៃ (លេខ ឃុំនៃបាន ៤) វត្ថុ	
oxybutynin chloride 5 mg tab, 5 mg/5ml syr	1	Preferred	DITROPAN	
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

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





.0302				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ALPHANATE/VWF COMPLEX/HUMAN 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln,				
1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln	25	Non-Preferred	_	PA
KOGENATE FS 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit				
intravenous kit	25	Preferred	-	PA, C
KOGENATE FS BIO-SET 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit,				DA C
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
intravenous kit ANTIINHIBITOR	<u> </u>	Fielened		
COAGULANT COMPLEX	25	Non-Preferred		PA
ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII for inj.	25	Non-Preferred		PA
tranexamic acid 650 mg tab, 1000 mg/ ml IV soln	4	Non-Preferred	LYSTEDA	PA
AMICAR 500 mg tab, 0.25 gm/ml oral soln	5	Non-Preferred		PA
AMICAR 0.25 gm/ml oral soln	8	Non-Preferred		PA
tranexamic acid 100 mg/ml IV soln		Non-Preferred	CYKLOKAPRON	PA

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





				Deguirements/
Duran Namas (Manahas alah	Net		Reference Name	Requirements/ Limits
Drug Name [Nombre del	Cost [Costo	Tier [Tier]	[Nombre de	[Requerimientos
Medicamento]	Neto]		Referencia]	/Limites]
ucir proposopologica de la como de la	VIII I KAN	Datierone Boyetern		
		.a. And roughts valued	v sao	
tantantana ay mianata 100				
testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml			DEPO-	
im soln	2	Preferred	TESTOSTERONE	
		โรโละฟู เอเ กียาว ์ (จักดังห์เล		
methimazole 10 mg tab, 5				
mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
propyliniouracii so mg tab		Salturin Mauris (Caris		Constraint Hopers
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, C
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, C
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA, C
Transit to ing tab	T Bis 10 cm is	ngZopolike (P.Cliffic	reference of the contract of t	
bromocriptine mesylate 2.5	TEACH AND REAL		is of Distribution and Commission of Action regulations, in the first section is a second and the second of the se	and the second s
mg tab	3	Preferred	PARLODEL	
cabergoline 0.5 mg tab	3	Preferred	DOSTINEX	
The state of the s	ASIAPIENT (O) IT			
medroxyprogesterone	<u> </u>	<u> </u>		
acetate 10 mg tab, 2.5 mg				
tab, 5 mg tab	1	Preferred	PROVERA	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg				
tab	2	Preferred	ARANELLE	PA
CRYSELLE-28 0.3-30 mg-				
mcg tab	_ 2	Preferred		PA PA
LOW-OGESTREL 0.3-30			• •	
mg-mcg tab	2	Preferred		PA
medroxyprogesterone				D.4
acetate 150mg/ml susp	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
性機能的 经最高额额 经收益额		A regilito primary (Espit)		
estradiol 0.5 mg tab, 1 mg			FOTO	
tab, 2 mg tab	1	Preferred	ESTRACE	
estropipate 0.75 mg tab,			FOTDODIDATE	
1.5 mg tab	1	Preferred	ESTROPIPATE	
estropipate 3 mg tab	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]





Op GP		.		
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	Miggente e	avietojesijojesija	<u>វុស្សាស៊ីស្ត្រាស់</u> ខេត្តស្វាន់នេះប្រែក	
estradiol-norethindrone				
acet 1-0.5 mg tab	4	Non-Preferred	ACTIVELLA	
PART THE PROPERTY OF THE	latin (olije).	Antellions HAmeline bisk	ត្តក្នុងត្រូវត្តស្រួលស្រាល់ មាន ប្រក្រសួងស្រួលស្រួ	
NORDITROPIN FLEXPRO				
5 mg/1.5ml sc soln	5	Preferred		PA, C
NORDITROPIN FLEXPRO			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
30 mg/3ml sc soln	8	Preferred		PA, C
NORDITROPIN				
NORDIFLEX				
30 mg/3ml sc soln	9	Preferred		PA, C
NORDITROPIN FLEXPRO				
10 mg/1.5ml sc soln, 15				
mg/1.5ml sc soln	8	Preferred		PA, C
	The Water	reipodo fice (Es IVIII)		
fludrocortisone acetate 0.1				
mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
		rord common in a probability	FERMANTS & SECTION SEC	
misoprostol 100 mcg tab,	and the last of th	The second secon		
200 mcg tab	1	Preferred	CYTOTEC	
	ลัง ด ักกะหรักสา	TierAlexion SVA (Fige	jejskele seomonie kreijingaji.	
octreotide acetate 50				
mcg/ml inj soln	3	Preferred	SANDOSTATIN	PA
voctreotide acetate 100				
/ mcg/ml inj soln, 1000				
mcg/5ml inj soln, 200		•		
mcg/ml inj soln, 500				
mcg/ml inj soln	6	Preferred	SANDOSTATIN	PA PA
octreotide acetate 1000				١
mcg/ml inj soln	8	Preferred	SANDOSTATIN	P <u>A</u>
SANDOSTATIN LAR				
DEPOT 10 mg im kit	11	Non-Preferred	<u> </u>	PA
SANDOSTATIN LAR				D.
DEPOT 30 mg im kit	14	Non-Preferred	<u> </u>	PA
SANDOSTATIN LAR				DA
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]





CODE				Deswirements/
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
		engu l folge getalflige	ត្តតារា្រខាទីបើបើមាននៃជាក្រៀបក្រសួន	
levothyroxine sodium 100		777		
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	11	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		Du-famad		c
mcg tab	1	Preferred		
	respones			
desmopressin acetate 4			55445	
mcg/ml inj soln	22	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.2		5 ()	DD 4) (D	
mg tab	3	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin ace rhinal		5 ()	DDAVD	
tube 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin ace spray	_	N. D. G	DDAVD.	
refrig 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.1		N 5 ()		
/mg tab	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate			DDAVD	
spray 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal	_	N 5 ()		
soln	7	Non-Preferred		
	(1) (LES) 23 (S)		ให้ที่ใช้ที่สู่สู่สู่เลยใช้เปรียบในภาษาระบบก็เรียบ กับไม่	
ENBREL 25 mg sc kit,				
25mg/0.5ml sc sol	9	Preferred	<u> </u>	PA, C
ENBREL 50mg/ml sc				
soldermat	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]





	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	HUMIRA 10 mg/0.2ml sc				
	kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40]
	mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA, C
	REMICADE 100 mg iv soln	16	Preferred	a um calabrerates construit est proprietation à figure à l'état de	PA, C
	REMICADE 100 High V Soll		วิการ (ชาวาร การ การ การ การ การ การ การ การ การ ก	n Santana Arcentes	
	and the second s				
1	cyclosporine modified 25	3	Preferred	NEORAL	aPA
l	mg cap, 50 mg cap		110101104		
	cyclosporine modified 25	_	D f	NEODAI	aPA
	mg cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	aPA, C
	NEORAL 25 mg cap	4	Preferred	CANDINANALINE	aPA
	cyclosporine 25 mg cap	4	Preferred	SANDIMMUNE	ar A
	cyclosporine modified 100		n ()	MEODAL	aPA
	mg cap, 100 mg/ml soln	4	Preferred	NEORAL	aPA
	cyclosporine 100 mg cap	5	Preferred	SANDIMMUNE	arA
	cyclosporine modified 100		6 ()	NEODAL	aPA
	mg cap	5	Preferred	NEORAL	aPA, C
1 ,, ,	NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		ara, c
1.11.14	cyclosporine 100 mg cap,		- · ·	CANDIMANTINE	aPA
	25 mg cap	6	Preferred	SANDIMMUNE	ar A
	SANDIMMUNE 100 mg				
-1	cap, 100 mg/ml soln, 25		Dueferment		aPA, C
JAK	ng cap	6	Preferred		ar A, O
/ 10	cyclosporine modified 100	_	Due former of	NEORAL	aPA
	mg/ml soln	7	Preferred	NEORAL	aPA, C
	NEORAL 100 mg/ml soln	8	Preferred		I AFA, C
	《最高性的的影響》。2007年		anamica signalis de	A CONTROL OF THE PARTY OF THE P	
	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,	1.			
	2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg	,	Droformad	DECADRON	}
	tab	1 –	Preferred	DECADION	
	dexamethasone sodium				
	phosphate 120 mg/30ml inj	1			
	soln, 20 mg/5ml inj soln, 4	4	Preferred	DECADRON	OB-GYN
	mg/ml inj soln		I TOTOTICA	1 323,181,131,1	

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





Drug Name [Nombre del Medicamento] KENALOG 10 mg/ml inj susp KENALOG 2 mg tab 1 Preferred MEDROL 2 mg tab 1 Preferred MEDROL 2 mg tab 1 Preferred MEDROL 2 mg tab 1 Preferred MEDROL 2 mg tab 1 Preferred MEDROL 2 mg tab 1 Preferred MEDROL M	TOS DE 3			<u> </u>	
Susp 1	Medicamento]	Cost [Costo	Tier [Tier]	[Nombre de	[Requerimientos
MEDROL 2 mg tab 1 Preferred methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab 1 Preferred MEDROL methylprednisolone (pak) 4 mg tab 1 Preferred MEDROL methylprednisolone (pak) 4 mg tab 1 Preferred MEDROL prednisolone 15 mg/5ml syr 1 Preferred PRELONE prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred Salves acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN Preferred MYFORTIC 180 mg tab 1 Preferred DELTASONE SOLUSPAN OB-GYN Salves acet 6 mg/ml mg tab, 8 mg tab 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN Salves acet 6 mg/ml mg tab, 8 mg tab 1 Preferred SOLUSPAN OB-GYN Salves acet 6 mg/ml mg tab, 8 mg tab 1 Preferred MURAN Non-Preferred MYFORTIC 180 mg tab 4 Preferred APA tacrolimus 0.5 mg cap 4 Non-Preferred PROGRAF aPA sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab 5 Non-Preferred PROGRAF aPA sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab 5 Non-Preferred RAPAMUNE APA C tacrolimus 5 mg cap 6 Non-Preferred PROGRAF aPA	KENALOG 10 mg/ml inj]
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	susp	1	Preferred		
methylprednisolone 32 mg 1	MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
tab, 4 mg tab 1 Preferred MEDROL methylprednisolone (pak) 4 mg tab 1 Preferred MEDROL prednisolone 15 mg/5ml syr 1 Preferred MEDROL prednisolone 15 mg/5ml syr 1 Preferred PRELONE prednisone 1 mg tab, 20 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred IMURAN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred IMURAN AZASAN 75 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF aPA tacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-					
methylprednisolone (pak) 4 mg tab 1 Preferred MEDROL prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr 1 Preferred PRELONE prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred IMURAN OB-GYN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred PROGRAF aPA tacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 180 mg tab dr 4 Preferred PROGRAF aPA tacrolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab 5	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1	Preferred	MEDROL	
mg tab 1 Preferred MEDROL prednisolone 15 mg/5ml syr 1 Preferred PRELONE prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred CELESTONE betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred IMURAN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred PROGRAF aPA atacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF aPA Atacrolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab 4 Non-Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 4 Non-Preferred PROGRAF aPA					
Prediction		1	Preferred	MEDROL	
Soln, 15 mg/5ml syr		-			
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred DELTASONE MEDROL CORTISONE CORTISONE CORTISONE CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred SOLUSPAN OB-GYN AZASAN 75 mg, 100 mg Mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 1 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 180 mg tab 1 referred MEDROL CELESTONE SOLUSPAN OB-GYN AZASAN 75 mg, 100 mg Mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 1 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 180 mg tab dr 1 Preferred RAPAMUNE APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA		1	Preferred	PRELONE	
tab, 5 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DELTASONE prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred Non-Preferred betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN AZASAN 75 mg, 100 mg mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 1 Preferred IMURAN ATASONE MYFORTIC 180 mg tab dr 4 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 180 mg tab dr 4 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 5 Non-Preferred RAPAMUNE aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Non-Preferred PROGRAF aPA					
prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab cortisone acetate 25 mg tab kENALOG 40 mg/ml inj susp betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp preferred AZASAN 75 mg, 100 mg mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab tacrolimus 0.5 mg cap investigation of the service of tacrolimus 1 mg cap MYFORTIC 180 mg tab dr AYFORTIC 360 mg tab dr MYFORTIC 360 mg tab dr AYFORTIC 360 mg tab dr MYFORTIC 360 mg tab dr MYFORTIC 360 mg tab dr MYFORTIC 360 mg tab dr AYFORTIC 360 mg tab dr MYFORTIC 360 mg tab dr	mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg				
prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred DELTASONE hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN AZASAN 75 mg, 100 mg mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 1 Preferred CELLCEPT aPA tacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 180 mg tab dr tacrolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab 5 Non-Preferred RAPAMUNE aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA APA APA APAMUNE aPA APA APA APA APA APA APA APA APA APA		1	Preferred	DELTASONE	
hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred Betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp azathioprine 50 mg tab AZASAN 75 mg, 100 mg mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 1 Preferred CELLCEPT APA tacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF APA MYFORTIC 180 mg tab to tacrolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab 5 Non-Preferred RAPAMUNE APA MYFORTIC 360 mg tab dr 4 Preferred RAPAMUNE APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA APA APA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF APA APA APA APA APA APA APA APA APA A					
hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred SOLUSPAN OB-GYN betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred MURAN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred MURAN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred PROGRAF aPA tacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 180 mg tab 4 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab 5 Non-Preferred RAPAMUNE aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA	· · · · · ·	1	Preferred	DELTASONE	
20 mg tab, 5 mg tab 2 Preferred CORTEF methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN AZASAN 75 mg, 100 mg mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab AXFORTIC 180 mg tab to tacrolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab Non-Preferred PROGRAF RAPAMUNE RAPA MYFORTIC 360 mg tab dr				 	
tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred CELESTONE SOLUSPAN OB-GYN betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN azathioprine 50 mg tab 1 Preferred IMURAN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred mycophenolate mofetii 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 2 Preferred CELLCEPT aPA tacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 180 mg tab dr 4 Preferred PROGRAF aPA sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab 5 Non-Preferred RAPAMUNE aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Non-Preferred PROGRAF aPA		2	Preferred	CORTEF	
tab, 8 mg tab 2 Preferred MEDROL cortisone acetate 25 mg tab 3 Non-Preferred CORTISONE KENALOG 40 mg/ml inj susp 5 Non-Preferred CELESTONE SOLUSPAN OB-GYN betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN azathioprine 50 mg tab 1 Preferred IMURAN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred mycophenolate mofetii 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 2 Preferred CELLCEPT aPA tacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 180 mg tab dr 4 Preferred PROGRAF aPA sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab 5 Non-Preferred RAPAMUNE aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Non-Preferred PROGRAF aPA	methylprednisolone 16 mg				
tab3Non-PreferredCORTISONEKENALOG 40 mg/ml inj susp5Non-Preferredbetamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp2PreferredSOLUSPANOB-GYN& acet 6 mg/ml inj susp2PreferredIMURANAZASAN 75 mg, 100 mg mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab1PreferredIMURANATASAN 75 mg cap3Non-PreferredPROGRAFAPAABA4PreferredPROGRAFAPAABA4PreferredPROGRAFAPAABA4PreferredPROGRAFAPAABA4Non-PreferredPROGRAFAPAABA5Non-PreferredRAPAMUNEAPAABA4PreferredAPAABA5Non-PreferredPROGRAFAPAABA4PreferredAPAABA5Non-PreferredAPAABAABAAPAAPAABAABAABAABA		2	Preferred	MEDROL	
tab3Non-PreferredCORTISONEKENALOG 40 mg/ml inj susp5Non-Preferredbetamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp2PreferredSOLUSPANOB-GYN& acet 6 mg/ml inj susp2PreferredIMURANAZASAN 75 mg, 100 mg mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab1PreferredIMURANATASAN 75 mg cap3Non-PreferredPROGRAFAPAABA4PreferredPROGRAFAPAABA4PreferredPROGRAFAPAABA4PreferredPROGRAFAPAABA4Non-PreferredPROGRAFAPAABA5Non-PreferredRAPAMUNEAPAABA4PreferredAPAABA5Non-PreferredPROGRAFAPAABA4PreferredAPAABA5Non-PreferredAPAABAABAAPAAPAABAABAABAABA				-	
susp 5 Non-Preferred CELESTONE SOLUSPAN OB-GYN & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN Azathioprine 50 mg tab 1 Preferred IMURAN	tab	3	Non-Preferred	CORTISONE	
betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN azathioprine 50 mg tab 1 Preferred IMURAN AZASAN 75 mg, 100 mg Non-Preferred mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 2 Preferred PROGRAF aPA tacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 180 mg tab dr 4 Preferred PROGRAF aPA sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 2 mg tab, 2 mg tab sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab dr 4 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred RAPAMUNE aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA	KENALOG 40 mg/ml inj				
& acet 6 mg/ml inj susp 2 Preferred SOLUSPAN OB-GYN azathioprine 50 mg tab 1 Preferred IMURAN AZASAN 75 mg, 100 mg mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 2 Preferred CELLCEPT aPA tacrolimus 0.5 mg cap 3 Non-Preferred PROGRAF aPA MYFORTIC 180 mg tab dr tacrolimus 1 mg cap sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab 5 Non-Preferred RAPAMUNE aPA MYFORTIC 360 mg tab dr 6 Preferred PROGRAF aPA APA The proferred PROGRAF aPA APA APA APA APA BYFORTIC 360 mg tab dr APA APA BYFORTIC 360 mg tab dr BYFORTIC 360 mg tab dr BYFORTIC 360 mg tab dr BYFORTIC 360 mg tab dr BYFORTIC 360 mg tab dr BYFORTIC 360 mg tab d	susp	5	Non-Preferred		
& acet 6 mg/ml inj susp2PreferredSOLUSPANOB-GYNazathioprine 50 mg tab1PreferredIMURANAZASAN 75 mg, 100 mgNon-PreferredIMURANmycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab2PreferredCELLCEPTaPAtacrolimus 0.5 mg cap3Non-PreferredPROGRAFaPAMYFORTIC 180 mg tab dr4PreferredaPA, Ctacrolimus 1 mg cap4Non-PreferredPROGRAFaPAsirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab5Non-PreferredRAPAMUNEaPAMYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredaPA, Ctacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA	betamethasone sod phos				
### ### ### ### ######################	& acet 6 mg/ml inj susp			SOLUSPAN	OB-GYN
AZASAN 75 mg, 100 mg Mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab 2 Preferred CELLCEPT APA tacrolimus 0.5 mg cap MYFORTIC 180 mg tab dr tacrolimus 0.5 mg cap sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab Non-Preferred Non-Preferred RAPAMUNE APA MYFORTIC 360 mg tab dr tacrolimus 5 mg cap Non-Preferred RAPAMUNE APA MYFORTIC 360 mg tab dr tacrolimus 5 mg cap ANON-Preferred RAPAMUNE APA PROGRAF APA RAPAMUNE APA PROGRAF APA APA PROGRAF APA APA MYFORTIC 360 mg tab dr APA Non-Preferred RAPAMUNE APA APA PROGRAF APA APA PROGRAF APA APA APA MYFORTIC 360 mg tab dr APA APA MYFORTIC 360 mg tab dr APA APA MON-Preferred APA APA PROGRAF APA APA APA APA APA APA APA			The Marie Carl		
AZASAN 75 mg, 100 mgNon-Preferredmycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab2PreferredCELLCEPTaPAtacrolimus 0.5 mg cap3Non-PreferredPROGRAFaPAMYFORTIC 180 mg tab dr4PreferredaPA, Ctacrolimus 1 mg cap4Non-PreferredPROGRAFaPAsirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab5Non-PreferredRAPAMUNEaPAMYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredPROGRAFaPAtacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA				IMURAN	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab2PreferredCELLCEPTaPAtacrolimus 0.5 mg cap3Non-PreferredPROGRAFaPAMYFORTIC 180 mg tab dr4PreferredaPA, Ctacrolimus 1 mg cap4Non-PreferredPROGRAFaPAsirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab5Non-PreferredRAPAMUNEaPAMYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredPROGRAFaPAtacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA			Non-Preferred		
mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab2PreferredCELLCEPTaPAtacrolimus 0.5 mg cap3Non-PreferredPROGRAFaPAMYFORTIC 180 mg tab dr4PreferredaPA, Ctacrolimus 1 mg cap4Non-PreferredPROGRAFaPAsirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab5Non-PreferredRAPAMUNEaPAMYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredaPA, Ctacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA					
500 mg tab2PreferredCELLCEPTaPAtacrolimus 0.5 mg cap3Non-PreferredPROGRAFaPAMYFORTIC 180 mg tab dr4PreferredaPA, Ctacrolimus 1 mg cap4Non-PreferredPROGRAFaPAsirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab5Non-PreferredRAPAMUNEaPAMYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredaPA, Ctacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA					
tacrolimus 0.5 mg cap3Non-PreferredPROGRAFaPAMYFORTIC 180 mg tab dr4PreferredaPA, Ctacrolimus 1 mg cap4Non-PreferredPROGRAFaPAsirolimus 0.5 mg tab, 1 mg5Non-PreferredRAPAMUNEaPAMYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredaPA, Ctacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA	1	2	Preferred	CELLCEPT	aPA
MYFORTIC 180 mg tab dr4PreferredaPA, Ctacrolimus 1 mg cap4Non-PreferredPROGRAFaPAsirolimus 0.5 mg tab, 1 mg5Non-PreferredRAPAMUNEaPAtab, 2 mg tab5Non-PreferredaPAMYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredaPA, Ctacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA	·	3	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
tacrolimus 1 mg cap4Non-PreferredPROGRAFaPAsirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab5Non-PreferredRAPAMUNEaPAMYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredaPA, Ctacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA		4	Preferred		aPA, C
sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab Non-Preferred RAPAMUNE aPA MYFORTIC 360 mg tab dr tacrolimus 5 mg cap 6 Non-Preferred PROGRAF aPA			Non-Preferred	PROGRAF	aPA
tab, 2 mg tab5Non-PreferredRAPAMUNEaPAMYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredaPA, Ctacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA					
MYFORTIC 360 mg tab dr6PreferredaPA, Ctacrolimus 5 mg cap6Non-PreferredPROGRAFaPA	-	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	aPA
tacrolimus 5 mg cap 6 Non-Preferred PROGRAF aPA		-	Preferred	<u> </u>	aPA, C
1441-11111-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11				PROGRAF	aPA
RAPAMUNE 1 mg/m/soin 8 Non-Preferred	RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		aPA

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



OSDE		141		
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
	io in de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya Na companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la co	ruice de la company	รางกับ ก็เจริงได้และเจริง	
mesalamine rectal enema				
4 gm	4	Preferred	ROWASA	
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		С
ASACOL HD 800 mg tab		Preferred		
dr	6			C
Her Find a transfer and a particular of the	า(จักโรร (เมริก)เล	uradakida (Najatini	ត្តក្រុមប្រជុំ ក្រុម ខេត្តក្រុម ខេត្តក្រុម ខេត្តក្រុម ខេត្តក្រុម ខេត្តក្រុម ខេត្តក្រុម ខេត្តក្រុម ខេត្តក្រុម ខ	
ENBREL 25 mg sc kit,				
25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C
ENBREL 50mg/ml sc sol	9	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/0.2 ml sc				
kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40				
mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEDIATRIC				
CROHNS START 40				D
mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN 40 mg/0.8ml				D. O.
sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-CROHNS				
STARTER 40 mg/0.8ml sc	,,	Ductomed		DA C
kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-PSORIASIS				
STARTER 40 mg/0.8ml sc	,,	Preferred		PA, C
kit	11	Preferred		PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13		 (រដ្ឋក្រុស្សី (ខ្លួន (វិស) (ក្រុងព្រះ (ខ្លួន (
. If the property of the second second	Cycla Paris (1)	。25. 46 A. 数字上选择数		
hydrocortisone 100			0010000	
mg/60ml rect enema	2	Preferred	COLOCORT	20 <u>22 25 5 6 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 </u>
	44	Confidence of Co		
sulfasalazine 500 mg tab,				
500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	print, in a second English was served and a large to the
		તો તેવું કું કું કું કું કું કું કું કું કું ક	ું કું કું કું કું કું કું કું કું કું ક	
calcitriol 0.25 mcg cap	1	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 0.5 mcg cap	2	Preferred	ROCALTROL	

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





POSESA	<u>/ </u>			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	i Centili	i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	iji de die wed dipen	
levocarnitine 1 gm/10ml soln, 330 mg tab	3	Preferred	CARNITOR	
Variable of the second	Walle Care	lantajo Pakeja mie Skateja m	est Operation because the A.S.A.	
DEPEN TITRATABS 250 mg tab	25	Preferred		PA
The Ball of the Section Lies		radik éprendîk er		
potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln	1	Preferred	KAY-CIEL	the state of the s
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	
	n Kanp		ing <mark>an</mark> gevaniose distrument	
sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp	3	Preferred	KAYEXALATE	
	(* William)	is Michigal Miser	it is frequencially by	
classic prenatal 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
prenatal 27-0.8 mg tab, 27- 1 mg tab, 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
prenatal formula 28-0.8 mg			PRENATAL	05.004
tab	1	Preferred	VITAMINS	OB-GYN
prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
prenatal plus iron 29-1 mg	1	Preferred	PRENATABS	OB-GYN
prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN

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





TOS DE ST				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
		y yndinnekeybell	ing (s)	
MEPHYTOIN 5 mg tab	6	Non-Preferred	1111	
	A hieres	มีดีเลียง/Avarentes) April กัน	St.AMijesjos Ottalopieljak je bodi	
baclofen 10 mg tab, 20 mg				
tab	1	Preferred	LIORESAL	
dantrolene sodium 25 mg				
cap, 50 mg cap	2	Preferred	DANTRIUM	
dantrolene sodium 100 mg				
cap	3	Preferred	DANTRIUM	
in the design of the Skelp	ខ្យែទ្រីស្រីបទផ្ទៃ ខ្មែ	Palliens Robb	ใช้สำนักเล่าและสำนักเรียกสักรา	
cyclobenzaprine hcl 10 mg				
tab	1	Preferred	FLEXERIL	
the control was a control of the first of the control of the contr				
	N English	ieneli (sāsias Ajbres	ที่เดียงตับ (ค.ศ. ค.ศ. ค.ศ. ค.ศ. ค.ศ.	
ipratropium bromide 0.03			<u>and and a state of the state o</u>	Carrie and Carrier Communication of the Communicati
% nasal soln	2	Non-Preferred	ATROVENT	İ
			ETASA KANTAKAN PANGANATA	
cromolyn sodium 5.2				
mg/act nasal aerosol sol	4	Preferred	NASALCROM	
my/act masar aerosor sor				
Villationa na propionato 50				QL = 1 pompa /
fluticasone propionate 50	4	Preferred	FLONASE	30 días
rncg/act nasal susp		THE REPORT OF THE PARTY OF THE		
	a de la live	in a series de la company de l	ikais yang polistrica dinaksi	
		Property and an interest of the	AND SAME REPAIRS AT DESCRIPTION OF	
brimonidine tartrate 0.2 %	,	Preferred	ALPHAGAN	
ophth soln	'	Fieleffed	ALITIAONIN	
dorzolamide hcl 2 % ophth	,	Preferred	TRUSOPT	
soln	1	Freiened	11(00011	
levobunolol hcl 0.25 %	,			
ophth soln, 0.5 % ophth	1	Preferred	BETAGAN	
soln timolol maleate 0.25 %	 	TOTOTOG	5-1110111	
ophth soln, 0.5 % ophth				
soln	1	Preferred	TIMOPTIC	
dorzolamide hcl-timolol mal	 			
ophth sol 22.3-6.8 mg/ml	1 1	Preferred	COSOPT	
Opinii 301 ZZ.3-0.0 mgmi	<u> </u>	1		

[•] 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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
betaxolol hcl 0.5 % ophth soln	2	Non-Preferred	BETOPTIC	
		i i daviditas įvijai		
pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln	3	Preferred	ISOPTOCARPINE	
atropine sulfate 1 % ophth oint, 1 % ophth soln	1	Preferred	ISO-ATROPINE	
Nonsendat Anti-	hidžijeli (s	101.04/\$(+1018+5/10165/4)[0].	Shif yerlesin)ifajinaatuu (elepuviv)i≘si	
diclofenac sodium 0.1 % ophth soln	1	Preferred	VOLTAREN	QL = max 30 días / 365 días
ketorolac tromethamine 0.5	,	D fo	ACHI AD	QL = max 30 días / 365 días
% ophth soln	1	Preferred	ACULAR	dias / 305 dias
Vciprofloxacin hcl 0.3 %	Asin Men	intra-animonomics and sensity	And the second of the second second second	
ycipronoxaciii nci 0.3 % Tophth soln	1	Preferred	CILOXAN	
gentamicin sulfate 0.3 %		7 10101104		
ophth oint, 0.3 % ophth				
soln	1	Preferred	GARAMYCIN	
ofloxacin 0.3 % ophth soln	1	Preferred	OCUFLOX	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth				
soln	1	Preferred	POLYTRIM	
tobramycin 0.3 % ophth	4	Preferred	TOBREX	
soln bacitracin 500 unit/gm	1	Freieneu	TODICEX	
ophth oint	3	Non-Preferred	BACITRACIN	
		file 4 for each light		
trifluridine 1 % ophth soln	4	Non-Preferred	VIROPTIC	PA
		osa bodos Pob	et handi eksőnkáládéski fi	
latanoprost 0.005 % ophth		and digital to the desirable of the desirable for the second		
soln	1	Preferred	XALATAN	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





TOS DE ST				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	្ទី(១៤)ក្រាំខ្មែ	hine Stermon (Kotel	विविद्धां स्थान विविद्धां के विविद्धां के विविद्धां के विविद्धां के विविद्धां के विविद्धां के विविद्धां के विव	
neomycin-polymyxin-			A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR	
dexamethasone 3.5-	l			
10000-0.1 ophth oint, 3.5-	,			
10000-0.1 ophth susp	1	Preferred	MAXITROL	
prednisolone acetate 1 %				
ophth susp	2	Preferred	PRED FORTE	
prednisolone sodium				
phosphate 1 % ophth soln	2	Preferred	INFLAMASE	
fluorometholone 0.1 %	i _ [D ()	EMI LIQUIEU M	
ophth susp	3	Preferred	FML LIQUIFILM	
			Christian Christ	
	i li neoli			
acetic acid 2 % otic soln	2	Preferred	VOSOL	
以报准的数据的数据数据		ā Amily Gries (Availati		
neomycin-polymyxin-hc 1				}
% otic soln, 3.5-10000-1				
otic soln, 3.5-10000-1 otic		D ()	CORTIONORIN	
susp	2	Preferred	CORTISPORIN	
cipro hc 0.2-1 % otic susp	1	Preferred		
FF831114 777 42 5 5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
ipratropium bromide 0.02		- ·	ATDOMENT	
% inh soln	1	Preferred	ATROVENT	
		tilbilitarinansis Mahil		
montelukast sodium 10 mg			•	
tab, 4 mg tab chew, 5 mg		D	OINOLII AID	
tab chew	1	Preferred	SINGULAIR	
1 <u> 1 1 1 1 1 1 1 1 1 </u>			ieigies Aulius vai	
benzonatate 100 mg cap	1	Preferred	TESSALON	
guaifenesin-codeine 100-		Dunfamad	CHEDATHOOM	
10 mg/5ml soln	1 	Preferred	CHERATUSSIN	
The property of the second of	ista felilei		किन्द्रीनि अधिक विभागिक	
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im		Duct-y		_{DA C}
soln	9	Preferred		PA, C
SYNAGIS 100 mg/ml im	,,	Droformad		
soln	11	Preferred		PA, C

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





DA GP				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	Jarellero (Chr	ના લેવાર્થ (સંવેશ કેટ) કું લેવા મેલ	ingledial standing (close)	
FLOVENT DISKUS 100		Marketin and the second second second second second second second second second second second second second se		
mcg/blist inh aer pwdr, 250				
mcg/blist inh aer pwdr, 50		I.		QL = 1 pompa /
mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		30 días, C
FLOVENT HFA 110	 -			
mcg/act inh aer, 44	-			QL = 1 pompa /
mcg/act inh aer	3	Preferred		30 días, C
ADVAIR DISKUS 100-50				· · ·
mcg/dose inh aer pwdr,				
250-50 mcg/dose inh aer				QL= 1 pompa /
pwdr	4	Preferred		30 días, ST, C
ADVAIR HFA 115-21		110101104		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
mcg/act inh aer, 45-21				QL= 1 pompa /
mcg/act inh aer	4	Preferred		30 días, ST, C
budesonide 0.25 mg/2ml		110101104		
inh susp, 0.5 mg/2ml inh		*		1
	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
susp budesonide 1mg/2ml inh	7	14011 1 10101100	1 02111100111	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220	<u> </u>	Non-i icicited	1 BEIMIOCITY	QL= 1 pompa /
1	4	Preferred		30 días, C
mcg/act inh aer	4	rieleneu		QL= 1 pompa /
ADVAIR DISKUS 500-50	_	Preferred		30 días, ST, C
mcg/dose inh aer pwdr	5	Preierreu		QL= 1 pompa /
ADVAIR HFA 230-21	_	Deeformed		30 días, ST, C
mcg/act inh aer	5	Preferred		30 dias, 51, 6
A Principle of the Prin				
cetirizine HCl oral soln 1				
MG/ML (5 MG/5ML)	1	Preferred	ZYRTEC	OTC
loratadine 5 mg/5ml soln, 5				
mg/5ml syr	1	Preferred	CLARITIN	OTC
loratadine 10 mg tab	1	Preferred	CLARITIN	OTC
MENISTRE DE SENIOSIO				
theophylline er 100 mg tab	Carlo San San San San San San San San San San			
er 12 hr, 200 mg tab er 12				
hr, 300 mg tab er 12 hr,				
450 mg tab er 12 hr	1	Preferred	THEO-DUR	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





OSDE				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
A MIRE TO THE STORY OF THE STOR	ngligen			
albuterol sulfate (2.5				
mg/3ml) 0.083% inh neb				
soln, (5 mg/ml) 0.5% inh				
neb soln, 2 mg/5ml syr	1	Preferred	ALBUTEROL	
terbutaline sulfate 2.5 mg	[
tab, 5 mg tab	1	Preferred	BRETHINE	01 - 4 /
VENTOLIN HFA 108 (90		_ ,		QL = 1 pompa /
base) mcg/act inh aer	2	Preferred		30 días, C
The second of the second process of the seco	iois/ain		if promisically closes (6.1941)	
ENBREL 25 mg sc kit,				
25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C PA, C
ENBREL 50mg/ml sc sol	9	Preferred		PA, C
ORENCIA 125 mg/ml				
subcutaneous solution				
prefilled syringe, 125				
mg/ml ClickJect sc sol		D ()		DA C
Autoinjector	10	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/ 0.2ml sc		!		
kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40		Duetemed		ם ארכ
mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13	Preferred		
	KINDIN EU	ોલ્ડ્રોલિં/સફાઇનોકા[Aહિલોનો	(5) 13 N (6) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
1/1				
		Preferred	METHOTREXATE	
methotrexate 2.5 mg tab	2	Freieneu	WETTOTTE	
Influencials 40 ms tab 20				
leflunomide 10 mg tab, 20	4	Non-Preferred	ARAVA	PA
mg tab DEPEN TITRATABS 250	 	11011 1 10101104	,	
1	25	Preferred		PA
mg tab		1 10101104	l	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





benzonatate

A GUROS DE SAL	•	benzonatate	59
POSDEST		benztropine mesylate	33
A		. betamethasone dipropionate aug	45
-t	36	betamethasone sod phos & acet	54
abacavir sulfate	36	betamethasone valerate	46
abacavir-lamivudine-zidovudine	26	BETASERON	42
acarbose	18	betaxolol hcl	58
acetaminophen-codeine	30	bicalutamide	42
acetazolamide	50 59	BICILLIN L-A	21, 22
acetic acid		BILTRICIDE	33
acitretin	46	brimonidine tartrate	57
ACTIMMUNE	44	bromocriptine mesylate	34, 50
acyclovir acyclovir	35	budesonide	60
ADEMPAS	41	bumetanide	30
ADVAIR DISKUS	60	butalbital-apap-caffeine	18
ADVAIR HFA	60	Dutaibitar-apap-carroine .	
ADVATE	48		
AFINITOR	43	С	
albuterol sulfate	61		F0
alendronate sodium	39	cabergoline	50
ALKERAN	42	calcipotriene	46
allopurinol	28	calcitriol	55
alyacen 1/35	50	calcium acetate	48
amantadine hol	33, 34	CAPASTAT	32
	49	capecitabine	43
AMICAR amiodarone hcl	40	CARAFATÉ	47
••••••••••••••••••••••••••••••••••••••	25	carbamazepine	23, 24
amitriptyline hcl	29	carbamazepine er	24
amlodipine besylate	21	carbidopa-levodopa	34
amoxicillin	21	carbidopa-levodopa er	34
amoxicillin-pot clavulanate	21	carbidopa-levodopa-entacapone	34
(ampicillin	41	carvedilol	31
CHAMPYRA	43	cefaclor	22
anastrozole		cefadroxil	20
ARANESP (ALBUMIN FREE)	38	cefdinir	22
ASACOL HD	55	•	22
/ // /afspirin	39	cefprozil	20
	39	cephalexin	60
atenolol	30	Cetirizine HCl	60
atenolol-chlorthalidone	30	childrens loratadine	44
atorvastatin calcium	46	chlorhexidine gluconate	33
ATRIPLA	35	chloroquine phosphate	
atropine sulfate	58	chlorothiazide	31
AVONEX	41	chlorthalidone	31
AVONEX PEN	41	cholestyramine	46
AVONEX PREFILLED	41	cilostazol	39
AZASAN	54	cipro hc	59
	54	ciprofloxacin	22
azathioprine	20	сіргоfloxaciп hcl	22, 58
azithromycin		clarithromycin	20
		classic prenatal	56
В		clindamycin hcl	20
		clindamycin rhosphate	23, 45
bacitracin	58	clonazepam	19, 23
baclofen	57	clonidine hcl	28
BENEFIX	49	Gornalite Hol	

59



SALUD FÍSICA

Colpidogrol bisulfate Colpidogrol bisulfate Colpidogrol bisulfate Colorinar Delegation Colorinar Delegat	WISTRACIO	SALUD	FÍSICA	
Section Sect	(No.	20	CNODEL	62 55 61
Section Sect	clopidogrel bisulfate			
Colorations stander				
COLOCRYS COP AXONE COLOCRYS COP AXONE COLORYS			•	
Seymony sodum	colchicine o			
Seymony sodum	COLCRYS			
Seymony sodum	COPAXONE			
Seymony sodum	cortisone acetate			
Seymony sodum	CREON			
CRYSELLE-ZO	cromolyn sodium			
Social Composition Social				
Cycloberaprime hel				
Cycloserine 32 cthosuximide 24				
Cyclosporine 13				
Part Part			···	
Page	, cyclosporine		etoposiae	44
D	kyclosporine modified	53		
dantrolene sodium	, ·		F	
Section Sect	D	-	famolidine	47
daysone 32	dantralane sadium	57	fentanyl	17
DARAPRIM DELZICOL DEPEN TITRATABS 56 FLOVENT DISKUS 66 GLOVENT HFA 60 desmopressin ace rhinal tube 62 FLOVENT HFA 60 desmopressin ace spray refrig 52 fluctonazole 62 fluctonazole 63 fluctoroctisone acetate 53 fluctoroctisone acetate 54 fluctoroctisone acetate 55 fluctoroctisone acetate 56 fluctoroctisone acetate 57 fluctoroctisone acetate 58 fluctoroctisone acetate 59 fluctoroctisone acetate 59 fluctoroctisone acetate 50 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 52 fluctoroctisone acetate 53 fluctoroctisone acetate 54 fluctoroctisone acetate 55 fluctoroctisone acetate 56 fluctoroctisone acetate 57 fluctoroctisone acetate 58 fluctoroctisone acetate 59 fluctoroctisone acetate 59 fluctoroctisone acetate 50 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 52 fluctoroctisone acetate 53 fluctoroctisone acetate 54 fluctoroctisone acetate 54 fluctoroctisone acetate 54 fluctoroctisone acetate 54 fluctoroctisone acetate 54 fluctoroctisone acetate 55 fluctoroctisone acetate 56 fluctoroctisone acetate 56 fluctoroctisone acetate 57 fluctoroctisone acetate 57 fluctoroctisone acetate 58 fluctoroctisone acetate 59 fluctoroctisone acetate 50 fluctoroctisone acetate 50 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 51 fluctoroctisone acetate 52 fluctoroctisone acetate 52 fluctoroctisone acetate 54 fluctoroctisone acetate 54 fluctoroctisone acetate 55 fluctoroctisone acetate 56 fluctoroctisone acetate 57 fluctoroctisone acetate 57 fluctoroctisone acetate 58 fluctoroctisone acetate 59 fluctoroctisone acetate 50 fluctoroctisone acetate 50 fluctoroctisone acetate 50 fluctoroctisone acetate 50 fluctoroctisone 50 fluctoroctisone 50				39
DELZICOL 55 flecainide acetate 40 DEPEN TITRATABS 56 FLOVENT DISKUS 60 desmopressin ace thinal tube 52 FLOVENT DISKUS 60 desmopressin ace spray refrig 52 fluctonazole 33 desmopressin acetate 52 fluctonazole 53 desmopressin acetate 52 fluctonazole 53 desmopressin acetate spray 52 fluctonazole 53 desmopressin acetate spray 52 fluctonazole 53 desmopressin acetate spray 52 fluctonazole 53 desmopressin acetate spray 52 fluctonazole 53 desmopressin acetate spray 52 fluctonazole 54 desmathasone 53 flucrouracil 55 desmathasone 50 fluctoracil 55 desmathasone 60 fluctoracil 60 fluctoracil 55 desmathasone 60 fluctoracil 60 fluctoracil 55 desmathasone 60 fluctoracil 60 fluctoracil 60 fluctoracil 55 desmathasone 60 fluctoracil 6			finasteride	36
DEPEN TITRATABS 56			flecainide acetate	40
Section			FLOVENT DISKUS	60
Semopressin ace spray refrig 52 flucnoazole 33				60
desmopressin acetate 52				33
desmorpressin acetate spray				51
dexamethasone sodium phosphate 53 fluorouracil 45 dexamethasone sodium phosphate 53 fluorouracil 19 diazepam 19 flutamide 42 diciofenae sodium phosphate 58 fluticasone propionate 57 dicyclomine hcl 47 folic acid 39 digoxin 28 fluticasone 40 furosemide 36 fosinopril sodium 28 digox 40 furosemide 30 digoxin 41 FUZEON 35 DILANTIN 24 dittiazem hcl er beads 29 gabapentin 29 dittiazem hcl er coated beads 29 gentibrozil 46 dilt-xr 29 dittiazem hcl er coated beads 29 gentibrozil 31 GILENYA 41 divalproex sodium 23, 32 GLEEVEC 43 donepezil hcl dorzolamide hcl timolol mal 457 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxepin hcl 25 gualfenesin-codeine 59 duloxetine 45 HUMALOG 27 ELIQUIS 38 HUMALOG 27 ELIQUIS 38 HUMALOG 27 THUMALOG 27 T			***	59
Section Sect				45
diazepam 19 flutemide 42 dictofenac sodium 58 fluticasone propionate 57 dicyclomine hcl 47 folic acid 38 dipanosine 36 fosinopril sodium 28 digox 40 furosemide 30 digoxin 41 FUZEON 35 DILANTIN 24 4 dilitiazem hcl er 29 G dilitiazem hcl er beads 29 gabapentin 23, 24 dilitiazem hcl er coated beads 29 gemfibrozil 46 dill-xr 29 gentamicin sulfate 58 DIURIL 31 GILENYA 41 divalproex sodium 23, 32 GLEEVEC 43 donepezil hcl 25 glimepiride 27 dorzolamide hcl-timolol mal 57 glipzide 27 doxepin hcl 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate 25 H E heparin sodium (porcine) pf </td <td></td> <td></td> <td></td> <td>19</td>				19
diclofenae sodium 58 fluticasone propionate 57 dicyclomine hcl diclofenae sodium 38 dicyclomine hcl diplanosine 36 fosinopril sodium 28 digox 40 furosemicle 30 digoxin 41 FUZEON 35 DILANTIN 24 dilitiazem hcl er dilitiazem hcl er coated beads 29 gabapentin 23, 24 dilitiazem hcl er coated beads 29 genfibrozil 46 dilit-xr 29 genfibrozil 46 dilit-xr 29 genfamicin sulfate 58 DIURIL 31 GILENYA 41 divalproex sodium 23, 32 GLEEVEC 43 donepezil hcl 25 glimepiride 27 dorzolamide hcl-timolol mal 45 doxepin hcl 25 guaifenesin-codeine 59 duloxetine 46 doxycycline monohydrate 25 H				42
dicyclomine hol 47 folic acid 39 diplanosine 36 fosinopril sodium 28 digox 40 furosemide 30 digoxin 41 FUZEON 35 DILANTIN 24 Interpretation of the control o			·	57
diplanosine 36 fosinopril sodium 28				39
digox 40 furosemide 30 digoxin 41 FUZEON 35 DILANTIN 24 Interpretation of the control of t				28
digoxin 41 FUZEON 35 DILANTIN 24 41 FUZEON 35 DILANTIN 24 41 41 42 44	\ • /			30
OBLANTIN 24 diltiazem hcl 29 diltiazem hcl er 29 diltiazem hcl er beads 29 diltiazem hcl er coated beads 29 dilt-xr 29 DIURIL 31 divalproex sodium 23, 32 divalproex sodium 23, 32 donepezil hcl 25 dorzolamide hcl 57 dorzolamide hcl-timolol mal 57 doxzolamide hcl-timolol mal 57 doxepin hcl 25 doxycycline monohydrate 25 duloxetine 25 H E heparin sodium (porcine) 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27			FUZEON	35
diltiazem hcl 29 G diltiazem hcl er 29 gabapentin 23, 24 diltiazem hcl er beads 29 gemfibrozil 46 dilti-xr 29 gentamicin sulfate 58 DIURIL 31 GILENYA 41 divalproex sodium 23, 32 GLEEVEC 43 donepezil hcl 25 glimepiride 27 dorzolamide hcl 57 glipizide 27 dorzolamide hcl-timolol mal 57 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxycycline monohydrate 25 guaifenesin-codeine 59 duloxetine 1 H heparin sodium (porcine) 37 E heparin sodium (porcine) pf 37				
diltiazem hcl er diltiazem hcl er beads diltiazem hcl er coated beads diltiazem hcl er coated beads dilti-xr 29 gentamicin sulfate dilti-xr DIURIL divalproex sodium divalproex sodium donepezil hcl dorzolamide hcl dorzolamide hcl-timolol mal doxycycline monohydrate duloxetine E Big diltiazem hcl er beads 29 gabapentin 29 gentamicin sulfate 31 GILENYA 41 GILENYA 41 GILENYA 41 GILENYA 43 GILEVEC 43 GIIII GILENYA 43 GILEVEC 43 GIII GILENYA 45 GILICAGON EMERGENCY 46 GULCAGON EMERGENCY 46 GULCAGON EMERGENCY 47 GULCAGON EMERGENCY 48 GULCAGON EMERGENCY 49 GULCAGON EMERGENCY 40 GULCAGON EMERGEN			C	
dilitiazem hcl er beads 29 gabapentin 23, 24 dilitiazem hcl er coated beads 29 gemfibrozil 46 dilit-xr 29 gentamicin sulfate 58 DIURIL 31 GILENYA 41 divalproex sodium 23, 32 GLEEVEC 43 donepezil hcl 25 glimepiride 27 dorzolamide hcl 57 glipizide 27 dorzolamide hcl-timolol mal 57 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxepin hcl 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate 22 H duloxetine H heparin sodium (porcine) 37 E heparin sodium (porcine) pf 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27			G	
dilitazem hcl er coated beads 29 gemfibrozil 46 dilt-xr 29 gentamicin sulfate 58 DIURIL 31 GILENYA 41 divalproex sodium 23, 32 GLEEVEC 43 donepezil hcl 25 glimepiride 27 dorzolamide hcl 57 glipizide 27 dorzolamide hcl-timolol mal 57 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxepin hcl 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate 22 H duloxetine 15 Heparin sodium (porcine) 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27			gabanentin	23, 24
dilt-xr 29 gentamicin sulfate 58 DIURIL 31 GILENYA 41 divalproex sodium 23, 32 GLEEVEC 43 donepezil hcl 25 glimepiride 27 dorzolamide hcl 57 glipizide 27 dorzolamide hcl-timolol mal 57 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxepin hcl 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate 22 H duloxetine 25 H E heparin sodium (porcine) pf 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27				
DIURIL 31 GILENYA 41 divalproex sodium 23, 32 GLEVEC 43 donepezil hcl 25 glimepiride 27 dorzolamide hcl 57 glipizide 27 dorzolamide hcl-timolol mal 57 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxepin hcl 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate 22 H duloxetine 25 H E heparin sodium (porcine) 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27				
divalproex sodium 23, 32 GLEEVEC 43 donepezil hcl 25 glimepiride 27 dorzolamide hcl 57 glipizide 27 dorzolamide hcl-timolol mal 57 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxepin hcl 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate 22 H duloxetine 10 H E heparin sodium (porcine) 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27				
donepezil hal 25 glimepiride 27 dorzolamide hal 57 glipizide 27 dorzolamide hal-timolol mal 57 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxepin hal 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate 22 H duloxetine 25 H E heparin sodium (porcine) 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27		23, 32		43
dorzolamide hcl 57 glipizide 27 dorzolamide hcl-timolol mal 57 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxepin hcl 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate 22 H duloxetine 25 H E heparin sodium (porcine) heparin sodium (porcine) pf 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27				
dorzolamide hcl-timolol mal 57 GLUCAGON EMERGENCY 26 doxepin hcl 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate 22 H duloxetine 25 H E heparin sodium (porcine) pf 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27				
doxepin hal 25 guaifenesin-codeine 59 doxycycline monohydrate duloxetine 25 H E heparin sodium (porcine) heparin sodium (porcine) pf 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG				
doxycycline monohydrate duloxetine 22				
E heparin sodium (porcine) 37 heparin sodium (porcine) pf 37 HUMALOG 27			gualienesiii-codeliie	
## H				
E heparin sodium (porcine) pf 37 ELIQUIS 38 HUMALOG 27	auoxeute	23	Н	
ELIQUIS 38 HUMALOG 27	F		heparin sodium (porcine)	
ELIQUIS 38 HUMALOG 27	L			37
	ELIQUIS		HUMALOG	
	EMTRIVA	36	HUMALOG MIX 50/50	26

37

37



ASES

SALUD FÍSICA

HUMALOG MIX 75/25 TOS DE 51	26	LANTUS SOLOSTAR	26
HUMIRA	53, 55, 61	latanoprost	58
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	55	leflunomide	61
HUMIRA PEN	55	leucovorin calcium	43
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER	55	LEUKERAN	42
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER	55	leuprolide acetate	44
HUMULIN 70/30	26	levetiracetam	23, 24
HUMULIN N	26	levetiracetam er 24 hrs	23
HUMULIN R	27	levobunolol hcl	57
hydralazine hcl	31	levocarnitine	56
hydrochlorothiazide	31	levofloxacin	22
hydrocodone-acetaminophen	18	levothyroxine sodium	52
hydrocortisone	46, 54, 55	lidocaine viscous	19
hydrocortisone ace-pramoxine	48	lindane	46
hydromorphone hcl	18, 19	lisinopril	28
hydroxychloroquine sulfate	33	lisinopril-hydrochlorothiazide	29
hydroxyurea	42	lomustine	42
hydroxyzine hcl	45	loratadine	60
Mydroxyzine pamoate	19	lorazepam –	19
7"." " " " " " " " " " " " " " " " " " "		losartan potassium	28
,		losartan potassium-hctz	28
l		LOW-OGESTREL	50
ihuprofor	17	LUPRON DEPOT	43, 44
ibuprofen	43	LUPRON DEPOT-PED	44
imatinib	25		
imipramine hcl	31	N.A.	
indapamide indomethacin	17	M	
INFED	39	MACRODANTIN	20
	27	MATULANE	44
insulin syringe/needle	- 36	MEDROL	54
INTRON A	44	medroxyprogesterone acetate	50
11 - 2	57, 59	megestrol acetate	43
i ipratropium bromide	35	meloxicam	17
ISENTRESS isoniazid	32	meperidine hcl	18
isosorbide mononitrate	41	MEPHYTON	57
isosorbide mononitrate er	41	mercaptopurine	42
isotretinoin	45	mesalamine	55
itraconazole	33	MESTINON	32
Maconazoie	20	metformin hcl	26
		metformin hcl er	26
K		methadone	18
KENN OO	54	METHADONE	18
KENALOG	33	methimazole	50
ketoconazole	58	methotrexate	42, 61
ketorolac tromethamine	49	methoxsalen	45
KOGENATE ES ELS SET	49	methyldopa	28
KOGENATE FS BIO-SET	26	methylprednisolone	54
KOMBIGLYZE XR	20	methylprednisolone (pak)	54
		metoclopramide hcl	27
L		metolazone	31
		metoprolol succinate er	30
lamivudine	36	metoprolol tartrate	30
lamivudine-zidovudine	36	metoprolol-hydrochlorothiazide	30
lamotrigine	23	metronidazole	20, 23, 46
lamotrigine chew tab	23	mexiletine hcl	40
LANTUS	27	Monnotate for	



ASESSALUD FÍSICA

midazolam hcl minocycline hcl	19	Р	
minocycline hcl	22		
minoxidil	31	penicillin g procaine	21
misoprostol	47, 51	penicillin v potassium	21
mometasone furoate	45	pentoxifylline er	40
montelukast sodium	59	permethrin	46
morphine sulfate	18	phenazopyridine hcl	48
morphine sulfate (concentrate)	18	phenobarbital	. 23, 24
morphine sulfate er	17	phenytoin	24
mupirocin	46	phenytoin sodium extended	24
mycophenolate mofetil	54	pilocarpine	44
mycophenolic acid	54	pilocarpine hcl	58
MYLERAN	42	PIN-X	33
		pioglitazone hcl	26
N		polymyxin b-trimethoprim	58
N		potassium chloride	56
nabumetone	17	potassium chloride crys er	56 56
NAMENDA	25	potassium chloride er	34
naproxen	17	pramipexole dihydrochloride	34 47
naproxen dr	17	pravastatin sodium	47 54
NEBUPENT	33	prednisolone	59
пеотусіп-роlутухіп-dexamethasone	59	prednisolone acetate	59 59
neomycin-polymyxin-hc	59	prednisolone sodium phosphate	54
NEORAL	53	prednisone	54 54
NEULASTA	37	prednisone (pak)	56
NEUPOGEN	37	prenatal	56
nevirapine	35	prenatal 19	56
nevirapine er	35	prenatal formula prenatal low iron	56
NEXAVAR	43	prenatal plus iron	56
nifedipine er osmotic	29, 30	prenatal vitamins	56
	20, 21	primidone	23
ntrofurantoin monohyd macro	21	primatine probenecid	28
\ \undersightarrownian files \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \undersightarrownian \unde	21	prochlorperazine	28
nitroglycerin	41 41	prochlorperazine edisylate	27
NITROSTAT	41 51	prochlorperazine maleate	28
NORDITROPIN FLEXPRO	51	PROCRIT	38
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	25	promethazine hcl	27
nortriptyline hcl	33, 44, 45, 46	propafenone hcl	40
Nordiptyline nei Mystatin M. M.	33, 44, 43, 40	propranolol hcl	31, 40
N. J-4.		propylthiouracil	50
0		pyrazinamide	32
	5 4	pyridostigmine	32
octreotide acetate	51	pyridostigmine bromide	32
ofloxacin	58	F)	
omeprazole	48 27	0	
ondansetron	27 27	Q	
ondansetron hcl	26	quinidine gluconate er	40
ONGLYZA	61	quinidine sulfate	40
ORENCIA	34	quinidine sulfate er	40
oseltamivir phosphate	23, 24	4	
oxcarbazepine	48	D	
oxybutynin chloride	18, 19	R	
oxycodone-acetaminophen	10, 17	ranitidine hcl	47
		RAPAMUNE	54
		104741011	



ASES SALUD FÍSICA

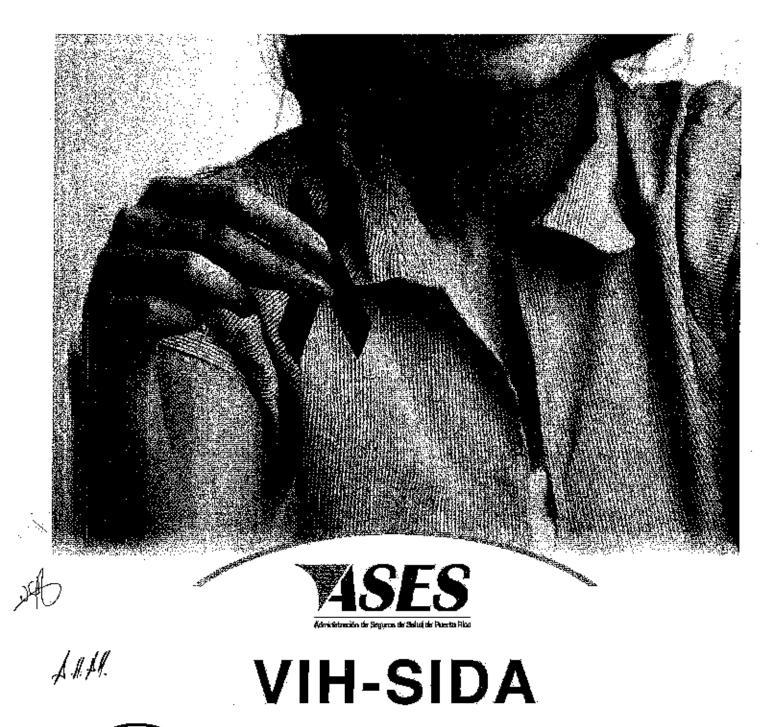
	REESES PINWORM MEDICINE	33	temozolomide	42
	REFACTO	49	terazosin hcl	28, 37
	REMICADE	53, 55, 61	terbinafine hcl	33
	RENVELA	48	terbutaline sulfate	61
	RESCRIPTOR	35	terconazole	33
	rifabutin	32	testosterone cypionate	50
	RIFAMATE	32	theophylline er	60
	rifampin	32	timolol maleate	57
	rivastigmine tartrate	25	tobramycin	19, 58
	ropinirole hol	34	topiramate	23, 32
	Topinii did Hoi		tramadol hcl	18
			tranexamic acid	49
	S		TRECATOR	32
	a a la a la fa	17	tretinoin	45
	salsalate	53	triamcinolone acetonide	46
	SANDIMMUNE CANDOSTATIN LAB DEBOT	51	triamterene-hctz	31
	SANDOSTATIN LAR DEPOT	34	trifluridine	58
	selegiline hcl	45	trimethobenzamide hcl	27
	selenium sulfide	45 35	TRUVADA	36
	SELZENTRY	50	TYSABRI	42
	SENSIPAR	32		
	SEROMYCIN	32 41	• •	
	sildenafil citrate		U	
	silver sulfadiazine	46	urn o	48
	simvastatin	47	<i>ur n-c</i> URETRON D/S	48
	sirolimus	54	URIMAR-T	48
	sodium polystyrene sulfonate	56	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	48
	sotalol hcl	40	urin ds	47
	spironolactone	31	ursodiol	47
	SPRYCEL	43		
Λ	stavudine	36	V	
\(\frac{1}{2}	STIMATE	52		
JYN /	STIVARGA	42	VAGIFEM	42
/ 10	sucralfate	47	valganciclovir hcl	35
	sulfacetamide sodium-sulfur	45	valproic acid	24
	sulfadiazine	22	vancomycin hcl	21
	sulfamethoxazole-tmp ds	22	VENTOLIN HFA	61
	sulfamethoxazole-trimethoprim	22	verapamil hcl	29
	sulfasalazine	55	verapamil hcl er	29
	sulindac	17	VIDEX	36
	sumatriptan succinate	32	VIMPAT	24
	SUSTIVA	35	VIREAD	36
	SYNAGIS	59		
,	, SYNTHROID	52	W	
/ // X	(//		**	
14.11.7	^{-%-} T		warfarin sodium	37
	tacrolimus	54	-	
	TAMIFLU	34	Z .	
	tamoxifen citrate	42	zidovudine	36
	tamoxireir dit ate tamsulosin hel	37		44
	TASIGNA	43	ZOLADEX zonisamide	24
	TECFIDERA	42	ZUHSAITIUB	24





AMAN.





VIH-SIDA

DMINISTRACION Sormulario de Medicamentos en Cubierta del PSG Contrato Número















Higgs alicardo A, fajoresão (quantes Goldenisados

şia, Angola M. Avita Mamero Oliefiora Bedikkil

I de mayo de Z017

A TODOS LOS PROVERDORES DEL PLAN DESALÚD DEL GOBIERNO (PSG)

Estimado proyecdor:

Me place presentades el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) de Salud Fisica y Salud Mental, así como sus respectivos súblicamolários. El mismo apoye el culdado médico bajo el mesvo modelo de servicios integrados dol Plan de Salud de Gebierro, que catá vigente desde el 1 de abril de 2013.

Fil FMC de Salud Física incluye: Denial, Nelvología, Ob-Gya, Oncología, Formulaño de Finergencia Integrado, VIII-SIDA y Sub-fisica. Por orro lado, el FMC de Salud Mental eventa también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos signistras contratados y por los médicos contratados en ficilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP s por ses siglas en inglês) participantes on los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido eviduados y aprobados por el Comité de Farmacia y Tempéntica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compueste por médicos primarios y larmacénticas el linicos. Este comité se reune periodicamente para evaluar las clases tempénticas y emitir recomendaciones basedas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el empente sufrir cambios, los quales se notifican periodicamente mediante Cartas Normalivas.

Les exhants a conscrint esta gula para su referencia. La misma lambién esta disponible en mastra, pagina electronica <u>ware acceptante</u>

Cordinlatentes

Angela M. Ávita Marrero Directora Ejecativa



MSES



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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

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 excepcion. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:



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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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



Página 3 de 19



- B. Las compañías aseguradoras o el TPA ("Third Party Administrator"), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager o "PBM") contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarías 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 PDL, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones ("refills"). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, la menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de complimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) preautorización. 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 cubrit el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.

LHH.





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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

AMM.







PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO.

STORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)

TABLA DE CONTENIDO

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



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







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

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

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

SOMINISTRACION CONTRACTOR STATEMENT
SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE SE S

Pring Name (Nombre del (Medicemento)	Ne) Cost Costo Notoj	ind (Tref)	Reference Name [North aids Referencia,	Regul, amonts/ Defle Reguest mishbos/ Unites]
THERAPE	OTIC CA:	fegory (categ	ORÍA YERAPÉUTICA	<u> </u>
	Т ђагара)	Aic Class [Clase]	[erapéutica]	
	007 107	()) (<u>) </u>		
lidoceine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
500 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	40000	,	. <u>1</u> 000 72	
streptomycin sulfate 1 gm im soln	4	Preferred	STREPTOMYCIN	o or ender the second
	70 <u>082</u>		<u> </u>	
azithromycin 250 mg teb, 500 mg tab	f	Preferred	Z <u>ITHROMAX</u>	
azithromycin 1 gm pekt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	
electivromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg (ab, 500 mg	_			
leb	2	Preferred	BIAXIN	<u> </u>
cledthromycin 250 mg/5ml susp	3	Preferred	Blaxin	
ERY-TAB 500 mg tab dr	3	Preferred		<u>L</u>

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 terapía 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 terapía 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	
1.4	\$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 medicamente 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 medicamente 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.

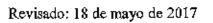




Revisado: 18 de mayo de 2017

0800			•	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE	UTIC CA	TEGORY (CATEGO	DRÍA <u>TERAPÉUTICA</u>	<u>, </u>
" '	Therape	utic Class [Clase T	erapéutica]	
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
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 dr erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500	3	Preferred		
mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
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]



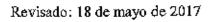




Prone ST				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	asyois			
clindamycin hel 150 mg cap,	<u> </u>	<u> </u>		
300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	ľ
			((\$1.72)(5%)(5%)(5.22)	
amoxicillin 125 mg/5ml susp,	(<u>4.</u> (Chr),1314 W 1)	<u> </u>	and the second s	**************************************
200 mg/5ml susp, 250 mg				
cap, 250 mg/5ml susp, 400			1	
mg/5ml susp, 500 mg cap,				l .
500 mg tab, 875 mg tab	1	Preferred	AMOXIL	
amoxicillin-pot clavulanate			· · ·	
200-28.5 mg/5ml susp, 400-			·	[
57 mg/5ml susp, 500-125				
mg tab, 875-125 mg tab	1 1	Preferred	AUGMENTIN	
ampicillin 125 mg/5ml susp,				
250 mg cap, 250 mg/5ml				·
susp, 500 mg cap	1 1	Preferred	PRINCIPEN	
penicillin v potassium 125				
mg/5ml soln, 250 mg tab,				
250 mg/5ml soln, 500 mg				1
tab	1 1	Preferred	VEETIDS	
amoxicillin-pot clavulanate			<u></u> 	
250-125 mg tab, 250-62.5				
mg/5ml susp	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml				
im susp	3	Non-Preferred		
penicillin g procaine 600000				
unit/mt im susp	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000				
unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000	· ·			
unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
ciprofloxacin hel 250 mg tab,	em. v ivit <u>elli</u>	707 500 508 00 Pri py Sujudijane, Pj	ekonogo v <u>a ekonolikolovelytenselene e</u>	
500 mg tab, 750 mg tab	1 1	Preferred	CIPRO	
levofloxacin 250 mg tab, 500	1	TOGICA	010	
T .	1 1	Preferred	LEVAQUIN	
mg tab, 750 mg tab ciprofloxacin 500 mg/5ml	·	TIOIGHGG	CC 43 705/03/14	
(10%) susp	3	Preferred	CIPRO	
[10/0] Susp		i idjolica	<u> </u>	



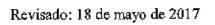








PUD SP		·		
Drug Name [Nombre det Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ : Limits [Requerimientos/ Limites]
cíprofloxacin 250 mg/5ml				
(5%) susp	4 _	Preferred	CIPRÓ	
[a.4] (2.5)				
sulfamethoxazole-tmp ds		<u> </u>		
800-160 mg tab	1 1	Preferred _	SEPTRA	
sulfamethoxazole-				
trimethoprim 200-40 mg/5ml				
susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
sulfadiazine 500 mg tab	. 4	Preferred	SULFADIAZINE	
minocycline hcl 100 mg cap,				
50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	MINOCIN	
doxycycline monohydrate 50				
,mg cap, 100 mg cap	2	Non-Preferred	MONODOX	
isoniazid 100 mg tab, 300		<u></u>		
mg tab	1	Preferred	ISONIAZĬD	
rifampin 150 mg cap	1	Preferred	RIFADIN	
ethambutol hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
pyrazinamide 500 mg tab	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	
rifampin 300 mg cap	2	Preferred	RIFADIN	
				l
i emambutoi nci 400 ma tao ii	3		MYAMBUTOL	
ethambutol hcl 400 mg tab isoniazid 50 mg/5ml svr	3 5	Non-Preferred Non-Preferred		
isoniazid 50 mg/5ml syr		Non-Preferred	MYAMBUTOL	Puerto Rico
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap		Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID	Puerto Rico Health
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap		Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN	Health Department
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap RIFAMATE 50-300 mg cap		Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN	Health Department Tuberculosis
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap		Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN	Health Department Tuberculosis Control
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap RIFAMATE 50-300 mg cap TRECATOR 250 mg tab	5	Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN	Health Department Tuberculosis
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap RIFAMATE 50-300 mg cap TRECATOR 250 mg tab	5	Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN	Health Department Tuberculosis Control
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap RIFAMATE 50-300 mg cap TRECATOR 250 mg tab	5	Non-Preferred Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN SEROMYCIN	Health Department Tuberculosis Control
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap RIFAMATE 50-300 mg cap TRECATOR 250 mg tab CAPASTAT 1 gm inj	5	Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN	Health Department Tuberculosis Control
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap RIFAMATE 50-300 mg cap TRECATOR 250 mg tab CAPASTAT 1 gm inj dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	5	Non-Preferred Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN SEROMYCIN	Health Department Tuberculosis Control
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap RIFAMATE 50-300 mg cap TRECATOR 250 mg tab CAPASTAT 1 gm inj dapsone 100 mg tab, 25 mg tab fluconazole 10 mg/ml susp,	5	Non-Preferred Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN SEROMYCIN	Health Department Tuberculosis Control
isoniazid 50 mg/5ml syr rifabutin 150 mg cap cycloserine 250 mg cap RIFAMATE 50-300 mg cap TRECATOR 250 mg tab CAPASTAT 1 gm inj dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	5	Non-Preferred Non-Preferred	MYAMBUTOL ISONIAZID MYCOBUTIN SEROMYCIN	Health Department Tuberculosis Control

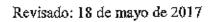






POTEST			·	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
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 fab	8	Preferred	VF <u>END</u>	
voriconazole 200 mg tab	10	Preferred	VFEND	
ALBENZA 200 mg tab	9	Preferred		
	\$\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\			
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		PA
AL STREET FOR STREET	80-28000			
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Preferred	50.1	
atovaquone 750 mg/5ml				
susp	9	Non-Preferred	MEPRON	
valganciclovir hel 450 mg				
tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	
350000000000000000000000000000000000000	75735T			
acyclovir 200 mg cap, 400	gas - Litari dag <mark>k</mark> a	. wor⊞. 1 Ewik Marketh Executives a constant	eritarytasi (1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1	1
mg tab, 800 mg tab	1 1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
nevirapine 200 mg tab	1	Preferred	VIRAMUNE	
nevirapine 50 mg/5ml susp	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Non-Preferred		
SUSTIVA 200 mg cap	6_	Preferred	<u>. </u>	Р
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		Р
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	



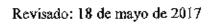






TOS DE				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
stavudine 1 mg/ml soln, 15		<u> </u>	<u>840 (100 (100 (100 (100 (100 (100 (100 (1</u>	
mg cap, 20 mg cap, 30 mg	i			
cap, 40 mg cap	3	Preferred	ZERIT	
didanosine 125 mg cap dr,				
200 mg cap dr, 250 mg cap				
<u>dr</u>	4	Non-Preferred	VIDEX EC	
lamivudine 10 mg/ml soln	4	Preferred	EPIV <u>IR</u>	
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	Non-Preferred	ZIAGEN	<u> </u>
didanosine 400 mg cap dr	5	Non-Preferred	VIDEX EC	
lamivudine 300 mg tab	5	Preferred	EPIVIR	<u> </u>
VIDEX 2 gm soln	5_	Non-Preferred		
lamivudine 100 mg tab	6	Preferred	EPIVIR	PA
lamivudine-zidovudine 150-	_		0.01100.40	
300 mg tab	6	Preferred	COMBIVIR	ļ.
ZIAGEN 20 mg/ml soln	6	Non-Preferred_		
abacavír-lamivudine- zidovudine 300-150-300 mg tab	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
ARANESP (ALBUMIN	!			
FREE) 100 mcg/0.5ml inj	1 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

AHH.

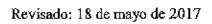






Drug Na	ame [Nombre del edicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
ARANESI	P (ALBUMIN				·
,	mcg/ml inj soln,			}	
60 mcg/m		8	Preferred		PA, P
	P (ALBUMIN				
	0 mcg/0.3ml inj				
	mcg/0.75ml inj				
	meg/0.4ml inj soln,	1			
	nl inj soln, 300 I inj soln, 300				
	i inj som, 300 j soln, 500 mcg/ml				İ
	0 mcg/0.3ml inj				
soln	o mogro.om mj	9	Preferred		PA, P
	(ALBUMIN	<u> </u>		_	
	0 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
	40000 unit/ml inj				
soln	•	11	Preferred		PA, P
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
	进行公司 法 (英語) (是不多 经经济基础		
		\$5/4JV/201			
megestrol	acetate 20 mg				
) tab, 40 mg	_	1	Preferred	MEGACE	<u> </u>
	acetate 40 mg/ml				
susp, 400	mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
		200000000000000000000000000000000000000			5 10 14 3 6 2 7 3
leucovorin	calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin	calcium 10 mg				
tab, 15 mg	g tab	_4	<u>Preferred</u>	LEUCOVORÍN _	
leucovorin	calcium 25 mg				
tab	·	9	Preferred	LEUCOVORIN	
	calcium 50 mg		Non-Preferred	1	
	g inj, 200 mg inj,	_		LEUROVORIN	
		9	1. a	LEUCOVORIN	15 m (3.00 m)
inj, 100 m 350 mg in	i, 500 mg inj	24 (11 (25) (11) (11)			
	i, 500 mg inj				
350 mg in					
350 mg in clotrimazo	le 10 mg				
350 mg in clotrimazo	le 10 mg oat lozenge, 10 mg		Preferred	MYCELEX	







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







Н

	•	
abacavir sulfate14	hydrocortisone	16
abacavir-lamivudine-zidovudine14		
acyclovk13	I.	
ALBENZA13	I	
amoxicillin11	iron	15
amoxicillin-pot clavulanate	isoniazid	
ampícilin	itraconazole	13
ARANESP (ALBUMIN FREE)14, 15		
atovaquone13	K	
azithromycin10		
	ketoconazole	13
В		
	1	
BICILLIN L-A11	L	
	lamivudine	1.4
C	lamivudine-zidovudine	
E		
CADADTAT	leucovorin calcium,	
CAPASTAT12	fevofloxacin	
ciprofloxacin	lidocalne viscous	10
ciprofloxacin hcf11		
ciarithromycin10	М	
clindamycin hol11	IVI	
clotrimazole15	MEDROL	16
cycloserine12	megestrol acetate	
A	methylprednisolone	
cil -m	methylprednisolone (pak)	
July 19		
depsone12	minocycline hcl	
DARAPRIM	N	
dexamethasone		
didenosine14	NEBUPENT	13
didanosine	nevirapine	
40.7°%	nevirapine er	
E	nystalin	
4	.,	
E.E.S. GRANULES10	_	
EPIVIR14	Р	
ERYPED 20010		
ERYPED 40010	penicillin g proceine	
ERY-TAB10	penicillin v potassium	
ERYTHROCIN STEARATE, 10	prednisolone	
ERT HROUN STEARATE	prednisone	
erythromycin base	prednisone (pak)	16
erythromycin ethylsuccinate	PROCRIT	14, 15
ethembutol hcl12	pyrazinamide	12
_		
F ·	Ř	
fluconazole	RESCRIPTOR	19
fludrocortisone acetate	rifabutin	
	/ # QDU(#1	



RIFAMATE	
rifampin	12
THE STREET THE STREET STREET STREET	
\$	
SEROMYCIN	
SPORANOX	13
stavudine	14
sulfediazine	
sulfamethoxazole-tmp ds	
sulfamethoxazole-trimethoprim	12
SUSTIVA	

T ·	
terbinafine hcl	
TRECATOR	.,12
V valganciclovir hol	13
VIDEX	3.8
voriconazole	13
Z	
ZIAGEN	
zidovavtine	13.14





AAA.







A.H. H.

Nefrología



2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG















Han, Alcardo A, Anssella Navares Tolograpion

Sra, Argola W. Avia Mamero Ofrectora Ejecutiva

1 de mayo do 2017

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

Estimado provector:

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

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

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmaçia y Terapéntica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y lamacénticos elínicos. Este comité se retine periódicamente para evaluar las clases terapénticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos elínicos. El FMC es un documento dinámico, el cual puede sufiir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhanto a conservar esta gula para su referencia. La misma tembién está disponible en miestra página electrónico <u>www.usespr.org.</u>

Cordialmente,

Angela M. Ávila Mairero Directora Ejecutiva



YASES



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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

April

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 excepcion. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

L.H.H.

- 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
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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



Página 3 de 25



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







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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

A.H.H.







NEFROLOGIA PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

	CONCRETE CONTROLLED DE LA CUDIEDTA DE EADMACIA	3
A	SPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	د
D	EL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)	3
D	ISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE	o
K.	EFERENCIA 2017	ر م
	RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	
	MEDICAMENTOS GENÉRICOS	
A	NALGESICS [ANALGÉSICOS]	11
	Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]	11
A	NTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	11
	First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]	11
	Macrolides [Macrólidos]	11
	Penicillins [Penicilinas]	12
\neg	Quinolones [Quinolonas]	12
	Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]	13
	Sulfonamides [Sulfonamidas]	13
	Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]	
A	NTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	13
	Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]	
<i>,</i> •	Biguanides [Biguanidas]	
	Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4]	13
	Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]	13
	Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]	14
	Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]	14
	Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]	14
	Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]	14
	Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]	14
	Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duracion]	
	Sulfonylureas Sulfonitureas	14



NEFROLOGIA

ANTIEMÉTICS [ANTIEMÉTICOS]	14
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	14
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]	15
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	15
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angioten	ısin]
***************************************	13
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]	15
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	16
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] .	16
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]	17
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]	17
Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos No-Selectivos]	17
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	17
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	17
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]	
Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa1-Adrenérgicos]	17
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	18
Cobalamins [Cobalaminas]	18
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]	18
Folates [Folatos]	18
// Iron [Hierro]	19
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	19
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]	
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]	19
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]	
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]	
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares]	
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]	19
Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa]	19
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]	19
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]	19
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]	20
Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato]	20



NEFROLOGIA

L AGENTS [AGENTES HORMONALES]20
tics [Calcimiméticos]20
orticoids [Mineralocorticoides]
n Analogs [Análogos De Vasopresina]
costeroids [Glucocorticoides]21
splant Agents [Agentes Para Trasplantes]21
"
PPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]





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

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

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

	MINISTRACION ON	Drug Name (Nombre del Medicamento)	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits {Requerimientos/ Limites}
	MISTRACION	THERAPE	JTIC CATE	ORY [CATEGOR	ÍA TERAPÉUTICA]	
/\$	100		Therapeutic	Class [Clase Te	rapéutica]	
₹∕						
- [Contrato Número	Rangian Anti-Man	matarya je	Her (New Jees) Telt	ff Inflamatorica (No	Esteroidal Ballonia
1	15 - 084/6	ndomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	<u>,</u>
S	GUROS DE SP.	indomethacin er 75 mg cap er	2	Non-Preferred	INDOÇIN	
	ROSDE	S AGARGARATORI		12.00 juga ja 10.00 01.160 juga ja 10.00	garagangaren Turugangaren	oneign 2005.
		cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg	ŧ	Preferred	KEFLEX	
	. / ///	cefedroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
	SA A.H. A.M.	cephalexin 250 mg/5ml susp	2		KEFLEX	
		cefedroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL≤ 12 años
,		L		·		

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 medicamente 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 medicamente 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.

A.H. P.Y.

JCA





				,				
	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 Te	rapéutica]				
	indomethacin 25 mg cap, 50	<u> </u>						
	mg cap	1 4	Non-Preferred	INDOCIN				
	TAL 17 TO 1 SHOW AND PROPERTY OF A STANDARD CONTRACTOR OF THE STANDARD CONT			The company to the company to the company of the co				
	WWW. The scanbollogic		evecetionism.					
	cephalexin 125 mg/5ml				j			
	susp, 250 mg cap, 500 mg							
	cap	11	Preferred	KEFLEX				
	cefadroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años			
	cephalexin 250 mg/5ml susp	2		KEFLEX				
	cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL≤ 12 años			
			AVENIEN YER					
	azithromycin 250 mg tab,	and the second s	andro <u>de la Serga productió de la Colonia de Reservició de la Colonia de la Colonia de la Colonia de la Colonia</u>	reconstruction of the control of the				
4	500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX				
C	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				
1 11 16	ERY-TAB 500 mg tab dr	3	Preferred					
1. 1. 1º 1	XI							
	ycin base 250 mg cap dr prt,							
	250 mg tab, 500 mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	<u> </u>			
	erythromycin ethylsuccinate							
	400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.				
ľ	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					
L								





-00000V	1			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ERYPED 400 400 mg/5ml		•		
susp	6	Preferred		
		allings of references		
amoxicillin 125 mg/5ml susp,		alla laipasilleen kikesillee Moorkiskii Naliitis olisii said		
200 mg/5ml susp, 250 mg				
cap. 250 mg/5ml susp, 400			•	
mg/5ml susp, 500 mg cap,				
	1	Preferred	AMOXIL	
500 mg tab, 875 mg tab	 	Tieleffed	AWONE	
amoxicillin-pot clavulanate				
200-28.5 mg/5ml susp, 400-				
57 mg/5ml susp, 500-125		D f	ALICMENITIN	
mg tab, 875-125 mg tab	11	Preferred	AUGMENTIN	
ampicillin 125 mg/5ml susp,				
250 mg cap, 250 mg/5ml				
susp, 500 mg cap	11	Preferred	PRINCIPEN	
penicillin v potassium 125				
mg/5ml soln, 250 mg tab,				
250 mg/5ml soln, 500 mg				
tab	1	Preferred	VEETIDS	
amoxicillin-pot clavulanate				
250-125 mg tab, 250-62.5				
mg/5ml susp	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml		_		
im susp	3	Non-Preferred	,	
penicillin g procaine 600000				
unit/ml im susp	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000				
unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000	-			
unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
		arestraining dre	N BOOK AND AND AND AND AND AND AND AND AND AND	
in the sain had 250 mg tab				
ciprofloxacin hcl 250 mg tab,	ا	Drofessed	CIPRO	
500 mg tab, 750 mg tab	<u> </u>	Preferred	CIFRO	-
levofloxacin 250 mg tab, 500	,	D		
mg tab, 750 mg tab	11	Preferred	LEVAQUIN	
ciprofloxacin 500 mg/5ml		D ()	OLDDO	
(10%) susp	3	Preferred	CIPRO	

A.H.A.





	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	ciprofloxacin 250 mg/5ml		5 ()	OIDDO	
	(5%) susp	4	Preferred	CIPRO	
	Helevisia edite (Caricie India)	<u> Keliberni</u>		grafia (D) as extraordinal and a section of the sec	
	cefaclor 250 mg cap, 500		D f	OFCI OR	
	mg cap	2	Preferred	CECLOR _	
	cefprozil 125 mg/5ml susp,				
	250 mg tab, 250 mg/5ml	_	Preferred	CEFZIL	
	susp, 500 mg tab			Contract to the contract to th	
			jieb Buldirii		
	sulfamethoxazole-tmp ds	4	Preferred	SEPTRA	
	800-160 mg tab	<u> </u>	Preleneu	SEFTINA	
	sulfamethoxazole-				
	trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
	Susp, 400-00 mg tab		The state of the s	remailmoner (Sin	
	E. C. C. C. C. C. C. C. C. C. C. C. C. C.	<u> </u>			
	cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	
	cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	
	Cerumi 250 mg/5mi 3dsp	188 4 6 4 8 6			
	TENER WAS ANDER			nels/sign Afternation	
'	acarbose 100 mg tab, 25 mg	religion de la compansión de la compansi		15 1.50 Line in September 15 Constitution 15 1. St. St. St.	The second of th
	tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	
	Lab, 50 mg tab		Molasal Montellini		
	metformin hcl 1000 mg tab,				
	500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
	metformin hcl er 500 mg tab	•		GLUCOPHAGE	
	er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr	1	Preferred	XR	
				minteles de de	
	KOMBIGLYZE XR 2.5-1000		an basa da b <u>andarin ninga</u> sa basa da saba sasa sa	and the distribution of the second se	
	mg tab er 24 hr, 5-1000 mg				
	tab er 24 hr, 5-500 mg tab er				
	24 hr	3	Preferred		ST, P
	ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg				
	tab	3	Preferred		ST, P
1 11 10		Pinnyagi	asing articles	ds Weight Care	
/\ /!. /* /	HUMULIN 70/30 (70-30) 100				_
	unit/ml sc susp	22	Preferred	<u> </u>	Р

Página 13 de 25 Revisado 5/18/2017



NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
HUMALOG MIX 75/25 (75- 25) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		Р
HUMALOG MIX 50/50 (50- 50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		Р
		in voorder strop		
pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	
en de la companie de la companie de la companie de la companie de la companie de la companie de la companie de	agnorio di	ne inchinters		
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		Р
	The Tree of		alerone difference	
LANTUS SOLOSTAR 100	Company of the second of the s	g (m. 1920) and a market for the second seco	and the State Mark Mark Mark State S	
unit/ml subcutaneous				
solution pen-injector	2	Preferred		P
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		P
HUMALOG 100 unit/ml subcutaneous solution				
cartridge	2	Preferred		P
HUMALOG 100 unit/ml sc				
soln	3	Preferred	an martin secol de ver por Al-Montaga a⇔rol de la	P
	<u> Chaile III</u>		Constanting i	
HUMULIN R 100 unit/ml inj		D. C		P
soln	2	Preferred		
the side of most tab. 2 mg				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
	्रवाहेतः भौग्रहेत	jangs kandangi	aşsulnık en də İşli	
metoclopramide hcl 10 mg				
tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg				
tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml	á	Preferred	REGLAN	
inj soln	11	rielelleu	NLGLAIN	<u> </u>

A.H. H.





UROSO				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Tellogie Winderschaft	elstorkingk	atare (Elapiter)		
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	
I I Associate the I Range				
losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	
Iosartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	
			가는데 그의 없는데 나는 그들은 사람이 가지 하는 데를	
fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	11	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	
ida, 20 20 mg tab				
amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab_	1	Preferred	NORVASC	
diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg				
tab	1	Preferred	CARDIZEM	
diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr	1	Preferred	DILACOR XR	
diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr	1	Preferred	TIAZAC	
diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr	1	Preferred	CARDIZEM CD	
dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr	1	Preferred	DILACOR XR	

.) At

A.H.A





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr	1	Preferred	PROCARDIA XL	
verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	CALAN	
verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg	1	Preferred	CALAN SR	
tab er diltiazem hcl er beads 180	_ [Fielelieu	OALAN OR	
mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24		Destanced	T14740	
hr, 360 mg cap er 24 hr diltiazem hcl er coated	2	Preferred	TIAZAC	
beads 300 mg cap er 24 hr nifedipine er osmotic 60 mg	2	Preferred	CARDIZEM CD	
tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr	2	Preferred	PROCARDIA XL	
m [#] FLISTON AGE CONSTRUCTION			orgavagen valerios	
and the state of t		The second secon	San San Salah Salah Salah San San Salah Salah Salah Salah Salah Salah Salah Salah Salah Salah Salah Salah Salah	
atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	11	Preferred	TENORMIN	
metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr	11	Preferred	LOPRESSOR	
metoprolol tartrate 100 mg wtab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	LOPRESSOR	
metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr	2	Preferred	LOPRESSOR	
หลัง เจ้าสี่เก็บเราต่อที่นะเลต เช่ง เ		rantalian (il) Organization		Cipar <mark>i</mark> lisis.
atenolol-chlorthalidone 100- 25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol- hydrochlorothiazide 50-25 mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
metoprolol- hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	

M

,



	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
			roj propinski		
	bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Non-Preferred	BUMEX	
	furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg				
	tab	1	Preferred	LASIX	
	TELL TO BE SHOULD BE		onis Islandi	htipie Englikie sonin	
	propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	
	propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	
				vieroga vertelen er av	នាក់ខេរត្តមែនរដ្ឋាវិធី។
		heim sin	មាននេះប្រើប្រឡើវ៉ូខែន		
1	chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab	11	Preferred	DIURIL	
71	chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab	1	Non-Preferred	HYGROTON	
	DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		
	hydrochlorothiazide 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MICROZIDE	
, ,,	metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Non-Preferred	ZAROXOLYN	
	chlorthalidone 100 mg tab	2	Non-Preferred	HYGROTON	
	metolazone 10 mg tab	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	
7	rather reserve and broken	Kengledia.	els)ancheladjorese	rie (de la propiética de la constantion de la constantion de la constantion de la constantion de la constanti	
	carvedilol 12.5 mg tab, 25				
	mg tab, 3.125 mg tab, 6.25		5 ()	00050	
3 44	mg tab	. <u>1</u>	Preferred	COREG	
and the second s	famoulogie ### Mr. cap	-12)3(1/2) -12 <u>1</u>	Preferred	FLOMAX	
L	tamsulosin tick 14 mg cap		1 10101104	, 2011/01	<u> </u>

tamsulosin TIE ON mg ca





100	POEDE/				Requirements/
	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Limits [Requerimientos/ Límites]
			的问题的问题		
	cyanocobalamin 1000	_		107.0	
	mcg/ml inj soln	1 ******************************	Preferred	VIT B-12	
			可能的特別的		
	ARANESP (ALBUMIN				
	FREE) 100 mcg/0.5ml inj				B. B.
	soln	1	Preferred		PA, P
	PROCRIT 2000 unit/ml inj				
	soln, 3000 unit/ml inj soln,	_	D ()		D. D.
	4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
	ARANESP (ALBUMIN				
	FREE) 25 mcg/0.42ml inj	_			545
	soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
	PROCRIT 10000 unit/ml inj	_			BA B
	soln	6	Preferred		PA, P
	ARANESP (ALBUMIN	_]
	FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
	ARANESP (ALBUMIN				
M	FREE) 40 mcg/ml inj soln,	_			5, 5
/ 10	60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
/ /	ARANESP (ALBUMIN				
	FREE) 150 mcg/0.75ml inj				
/ / /	soln, 200 mcg/0.4ml inj soln,				
	200 mcg/ml inj soln, 300				
	mcg/0.6ml inj soln, 300				
	mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml				
	inj soln, 60 mcg/0.3ml inj	_	Preferred		PA, P
	soln	9	Fielenea		
	PROCRIT 20000 unit/ml inj	9	Preferred		PA, P
	soln		ricielleu		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
1	ARANESP (ALBUMIN	44	Preferred		PA, P
	FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	rielelleu		FA, F
	PROCRIT 40000 unit/ml inj	44	Preferred		PA, P
	soln	11	reterred		Г Л, Г
	folic acid 1 mg tab, 400 mcg	ا م	Dua fo al		0.70
	tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC



	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
			Det Blacet		
	iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
	DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
	INFED 50 mg/ml inj soln	5			
	the state of the s		ក្រុក ស្រាស់ព្រះខ្មែរប្រក្រឹត្ត -		
	megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
	megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
	Programme Line No.	45 <u>5.57.4</u> 5 <u>11.5</u>		(=/ing);(ides);;;;;;;;/	
	insulin syringe/needle	1	Preferred		8 7 8 9 8 9 8 9 8 9 8 8 8 9 8 9 9 9 9 9
Л	سائنسلام الأمام المستحدث المنظم الأمام المستقال المستقال المستقال المستقال الأمام الأستقال المتقال المائل المام		ide(anns fathern)}s an		
24	cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	
			Cate Diagnosial	LOPID	
	gemfibrozil 600 mg tab		Preferred		
1 <i>#. p</i> //.	atorvastatin calcium 10 mg				
	tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	11	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	
			conficientia	Nace male (Base)	2005-1244 2005-1244
	famotidine 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	PEPCID	







	Net Cost		Reference Name	Requirements/
Drug Name [Nombre del	Costo	Tier [Tier]	[Nombre de	Limits
Medicamento]	Neto]		Referencia]	[Requerimientos/ Límites]
10 11 1 1 4 5 mm/ml mm				Lillines
ranitidine hcl 15 mg/ml syr,				
150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	
iab, 70 mg/om syr				
	::::::::::::::::::::::::::::::::::::::	yane <u>(Bij</u> ying)	rasjetski pr	
RENVELA 0.8 gm pckt	6	Preferred	<u> </u>	PA, P
RENVELA 2.4 gm pckt, 800				
mg tab	7	Preferred		PA, P
calcium acetate 667 mg cap.	3	Non-Preferred	PHOSLO	V
An employed the property of the contraction	्र (हेन्सीलाहरू हु। इ.स.च्याच्या	មួយទីវស៊ី ៖ (ទៅស៊ីរណ៍ម		
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA
	in er lawing	The interest		
fludrocortisone acetate 0.1				
mg tab	11	Preferred	FLORINEF	ess allerasarasanı meditirəsi
		es Chribiosipi	engson astron	
desmopressin acetate 4		l	55445	
mcg/ml inj soln	2	Non-Preferred	<u>DDAVP</u>	
desmopressin acetate 0.2		Non Dunfaman		
mg tab	3	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin ace spray	4	Non-Preferred	DDAVP	
refrig 0.01 % nasal soln desmopressin acetate 0.1		Non-Freiched_		
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	unitāja riektruses kriektru tielitā (1905 - 1909) 1995 - 103	PA :
科科的多类的变化多类		a strationing		
cyclosporine modified 25 mg				
cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	PA, P
cyclosporine modified 25 mg		Danfo manul	NEODAL	D.
cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL.	PA P
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		PA, P







	Net Cost		Reference Name	Requirements/ Limits
Drug Name [Nombre del Medicamento]	[Costo Neto]	Tier [Tier]	[Nombre de Referencia]	[Requerimientos/ Límites]
cyclosporine 25 mg cap	4	Preferred	SANDIMMUNE	PA
cyclosporine modified 100				
mg cap, 100 mg/ml soln	44	Preferred	NEORAL	PA
cyclosporine 100 mg cap	5	Preferred	SANDIMMUNE	PA
cyclosporine modified 100	_		NEODAI	
mg cap	5	Preferred	NEORAL	PA, P
NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		PA, P
cyclosporine 100 mg cap, 25	0 .	Duefermed	SANDIMMUNE	PA, P
mg cap	6	Preferred	SANDIMINIONE	- <u> </u>
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap	6	Preferred		PA, P
cyclosporine modified 100				
mg/ml soln	7	Preferred	NEORAL	PA, P
NEORAL 100 mg/ml soln	7	Preferred		PA, P
	Pilos Carios	Parance (ellipsis		
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	11	Preferred		
methylprednisolone 32 mg	1	Preferred	MEDROL	
tab, 4 mg tab methylprednisolone (pak) 4	<u> </u>	110101104	100221102	
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			DELTAGONE	
mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
prednisone (pak) 10 mg tab,	_	D	DELTACONE	
5 mg tab	11	Preferred	DELTASONE	
hydrocortisone 10 mg tab,		Preferred	CORTEF	
20 mg tab, 5 mg tab	2	Fielelleu	- CONTE	
methylprednisolone 16 mg	2	Preferred	MEDROL]
tab, 8 mg tab				
	<u> </u>	Preferred	IMURAN	
azathioprine 50 mg tab		Fielelied	1 INOLANI	<u> </u>





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
mycophenolate mofetil 250				
mg cap, 500 mg tab	2	Preferred	CELLCEPT	PA PA
tacrolimus 0.5 mg cap	3	Non-Preferred	PROGRAF	PA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		PA, P
tacrolimus 1 mg cap	4	Non-Preferred	PROGRAF	PA
mycophenolic acid 180 mg				
tab dr	5	Preferred	MYFORTIC	PA
sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg		1010111		
tab, 2 mg tab	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6	110111111111111111111111111111111111111		PA, P
tacrolimus 5 mg cap	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
	<u>-</u> -	110111110101104	1110013.0	
mycophenolic acid 360 mg tab dr	7	Preferred	MYFORTIC	PA
	8	Non-Preferred	III II OI II II	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln		Visit Visit V		
		of Frankly Tid Lynda ob Mily		
	<u> </u>		MEGALES DESCRIBE	
calcitriol 0.25 mcg cap	1	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 0.5 mcg cap	2	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 1 mcg/ml soln	5	Preferred	ROCALTROL	racionina e en Espa torra para la servición e a contrade y como de acordo.
- Park to the property of the park to the	is service	near samplific	ce Briggeriji	
potassium chloride 20				
// meg/15ml (10%) oral liquid,				
20 meq/15ml (10%) soln	1	Preferred	KAY-CIEL	
potassium chloride crys er				
10 meg tab er, 20 meg tab				
er	1	Preferred	KLOR-CON	
potassium chloride er 10				
meq tab er, 8 meg tab er	1	Preferred	KLOR-CON	
potassium chloride er 10				
meq cap er, 8 meq cap er	2	Preferred	MICRO-K	
potassium chloride 40				ŀ
meg/15ml (20%) oral liquid	4 _	Preferred	KAON CL	
15月2日。李建宁在45周亚亚	iileytairak e	his tresinasto	(6) (4: 12 (5) Et al (6) Et	alows of the second
kalexate oral pwdr	3	Preferred	KAYEXALATE	
sodium polystyrene	<u> </u>			
sulfonate oral pwdr, 15		1	1	
gm/60ml susp	3	Preferred	KAYEXALATE	
9 001111 0201		<u> </u>		





Ε

	E.E.S. GRANULES	11
acarbose	ERYPED 200	
amlodipine besylate15	ERYPED 400	ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
amoxicillin12		
amoxicillin-pot clavulanate12	ERY-TAB	
ampicillin12	ERYTHROCIN STEARATE	
ARANESP (ALBUMIN FREE)18	erythromycin base	
atenolol16	erythromycin ethylsuccinate	13
atenolol-chlorthalidone16		
atorvastatin calcium19	F	
azathioprine21	'	
azithromycin11	famotidine	19
	fludrocortisone acetate	20
n	folic acid	18
В	fosinopril sodium	15
BICILLIN L-A12	furosemide	
bumetanide	74,000,11100	
Dumetanide		
	G	
С	en 9	10
	gemfibrozil	
calcitriol22	glimepiride	
calcium acetate20	glipizide	12
carvedilol	·	
cefaclor13	Н	
cefadroxil11	•	
cefdinir13	HUMALOG	14
cefprozil13	HUMALOG MIX 50/50	14
cephalexin11	HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	14
chlorothiazide17	HUMALOG MIX 75/25	14
chlorthalidone17	HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	
cholestyramine19	HUMULIN 70/30	
ciprofloxacin	HUMULIN N	
ciprofloxacin hcl	HUMULIN R	
clarithromycin	hydrochlorothiazide	
	hydrocortisone	
cyanocobalamin	nyarocorusone	
cyclosporine21	·	
cyclosporine modified20, 21	1	
D	indomethacin	
	INFED	
desmopressin ace spray refrig20	insulin syringe/needle	19
desmopressin acetate20	iron	19
desmopressin acetate spray20		
dexamethasone21	V	
DEXFERRUM19	K	
diltiazem hcl15	kalexate	
diltiazem hcl er15	KOMBIGLYZE XR	13
diltiazem hcl er beads	NORIDIGE (AE AIV	
diltiazem hcl er coated beads		
dilt-xr	L	
DIURIL	_	
DIURIL	LANTUS	14

ASES NEFROLOGIA

LANTUS SOLOSTAR	
levofloxacin	12
lisinopril	15
lisinopril-hydrochlorothiazide	15
losartan potassium	15
losartan potassium-hctz	15
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
М	
MEDROL	21
megestrol acetate	19
metformin hcl	13
metformin hcl er	13
methylprednisolone	21
methylprednisolone (pak)	21
metoclopramide hcl	14
metolazone	17
metoprolol succinate er	16
metoprolol tartrate	16
metoprolol-hydrochlorothiazide	16
mycophenolate mofetil	22
mycophenolic acid	22
••	
N	
NEORAL	20, 21
nifedipine er osmotic	
Through to or opinion	
. 0	
γ 0	
O ONGLYZA	13
Р	
•	
penicillin g procaine	12
penicillin v potassium	
pioglitazone hcl	14

potassium chloride	22
potassium chloride crys er	
potassium chloride er	
pravastatin sodium	19
prednisolone	
prednisone	
prednisone (pak)	21
PROCRIT	
propranolol hcl	
proprancio non	
D	
R	
ranitidine hcl	20
RAPAMUNE	
RENVELA	
NCHV LDA	.,,,,,,,,
S	
SANDIMMUNE	21
SENSIPAR	
simvastatin	
sirolimus	22
sodium polystyrene sulfonate	
STIMATE	20
sulfamethoxazole-tmp ds	
sulfamethoxazole-trimethoprim	13
T	
tacrolimus	
tamsulosin hcl	
terazosin hcl	15
V	
verapamil hcl	16
verapamil hal or	11
verapamil hcl er	тс



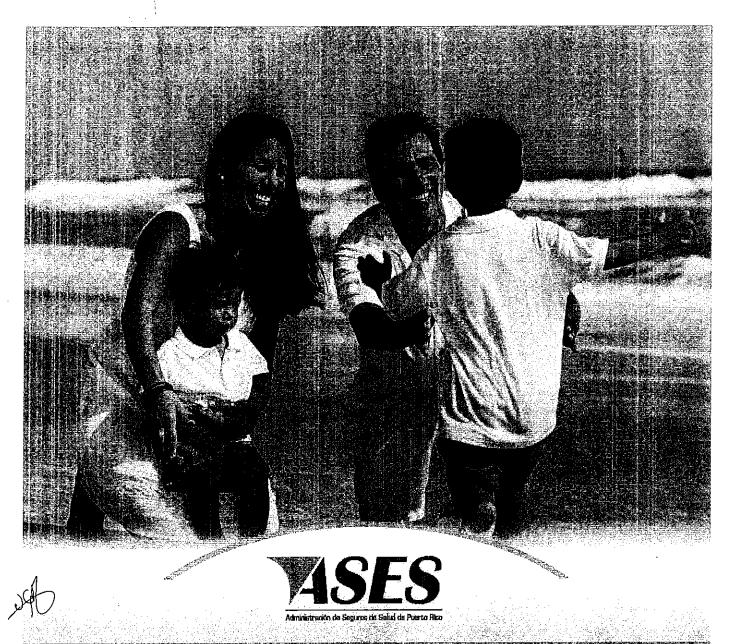




J.H. H.







Westlich Weitsle

2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG















Han, Ricarda A, Rossetto Newtres Embaroador

Sra, Argela M. Avila Manero Directora Egentifica

1 de mayo de 2017

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

Estimado provecdor:

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

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

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

Les exhanto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en mæstra página electrónica <u>www.asespr.org</u>.

Cordialmente,

Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva Contrato Número

15 - 08 4 T

OLAPOS DE SALVO

YASES





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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

A.H.M.

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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





- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones ("refills"). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.

1. 1. 1 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.
- Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.

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



4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

JAD A.H.AM.







FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)	
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) REFERENCIA 2017	Y GUÍAS DE
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	7
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	
ANTI-ADDICTION AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADDICIÓN]	9
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]	
Detox Treatment [Tratamiento De Detox]	9
ANTIANXIETY 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 Norepinefri	na] 10
Tricyclic Agents [Tricíclicos]	11
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	11
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	11
Atypical a popular denotation [1 tribleon a segment a manufactured]	
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]	
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO]	
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]	
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]	
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]	
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD]	15
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]	15
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]	
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]	15



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

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

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

Contrato Número 15 - 08 4
ROUPOS DE SAL

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Lfmites]
THERAPI			ORÍA TERAPÉUTICA	
	Therape	eutic Class [Clase	Terapéutica]	
RYSTER FOR EXPERIENCE		NEW YORK ON THE		
TO STATE OF THE ST	alekanila	mulanting.	i i de la primera de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de	
buprenorphine hcl 2 mg tab subl, 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA
SUBOXONE subl film 2-0.5		(10101104	<u> </u>	
mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg	4	Preferred		PA, C
使 工作的表现的概念。在10年的第二条例	dan in	fine fire and a color	ikadalojajon destigat	
b-1 100 mg tab	1 _	Preferred	THIAMINE	QL
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	
folic acid 1 mg tab, 400				ĺ
mcg tab, 800 mcg tab	_11	Preferred	FOLIC ACID	QL, OTC
ibuprofen 800 mg tab	ĺ	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



A.H. H.



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:

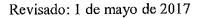
1	menos de \$20	Menos costoso mensualmente
2	\$20 - \$49	
3	\$50 - \$99	
4	\$100 - \$199	
5	\$200 - \$349	
6	\$350 - \$549	
7	\$550 - \$799	
8	\$800 - \$1,099	
9	\$1,100 - \$1,499	
10	\$1,500 - \$1,999	
11	\$2,000 - \$2,499	
12	\$2,500 - \$2,999	
13	\$3,000 - \$3,499	
14	\$3,500 - \$3,999	
15	\$4,000 - \$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 medicamente 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 medicamente 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 bio-equivalentes 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.

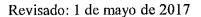






Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia] ORÍA TERAPÉUTICA]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
IHEKAPI		eutic Class [Clase		
		and transitions	ir Toley o grandau (
buprenorphine hcl 2 mg tab	11915 <u>-1</u> 1916-1141 - 115-1145	<u> </u>		да до 1,555 в в било в до нависти на нависти надажения устрой в 1555 г. — 1 в поставания
subl, 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA
SUBOXONE subl film 2-0.5				
mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3	i			D4 0
mg	4	Preferred		PA, C
			THE PARTY OF THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH	
, b-1 100 mg tab	1	Preferred	THIAMINE	QL
Mclonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	QL
folic acid 1 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL QL
ibuprofen 800 mg tab	1	Preferred Preferred	IMODIUM	QL
loperamide hcl 2 mg cap	1	ung yang bang at a kanggang bang dalah bang bang bang bang bang bang bang bang		
			8 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1 Programma 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990 1990	
			<u> </u>	
clonazepam 0.5 mg tab, 1	1 1	Preferred	KLONOPIN	
mg tab, 2mg tab diazepam 10 mg tab, 2 mg	<u> </u>	1 Telefied	INCONOL III	
tab, 5 mg tab	1 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			4 70 (4) (
conc	2	Non-Preferred	ATIVAN	
Malifesta di regione	Marke Car			
hydroxyzine pamoate 100				
mg cap, 25 mg cap, 50 mg	,	Preferred	 VISTARIL	
cap	1	Preferred	VIOTARIL	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]







POS DE SI				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
	ลาโลโ ได้เหลือ สาโลโ ได้เหลือ		Goratino spiradkora.	
bupropion hel 75 mg tab	1	Preferred	WELLBUTRIN	and the second second second second second second second second second second second second second second second
bupropion hcl er (sr) 100		-		
mg tab er 12 hr, 150 mg tab				
er 12 hr, 200 mg tab er 12				
hr	1 1	Preferred	WELLBUTRIN SR	
escitalopram oxalate 5mg				
tab, 10 mg tab, 20 mg tab	1 _	Preferred	LEXAPRO	
mirtazapine 15 mg tab, 30		-		
mg tab, 45 mg tab, 7.5 mg				· ·
tab	1	Preferred	REMERON	
trazodone hcl 100 mg tab,				
150 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DESYREL	
bupropion hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN	
bupropion hcl er (xl) 150				
mg tab er 24 hr, 300 mg tab				
er 24 hr	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN XL	
mirtazapine 15 mg odt, 30			DENEDON	
, றg odt, 45 mg odt	3	Non-Preferred	REMERON	
citalopram hydrobromide 10				
mg tab, 20 mg tab, 40 mg		5 ()	OE! EVA	
tab	1	Preferred	CELEXA	<u>-</u> -
fluoxetine hcl 10 mg cap,			DD0740	
20 mg cap	1	Preferred	PROZAC	<u>.</u>
paroxetine hcl 10 mg tab,				
20 mg tab, 30 mg tab, 40	,	Du-f	DAVII	
mg tab	1	Preferred	PAXIL	
sertraline hcl 100 mg tab,	,	Preferred	ZOLOFT	
25 mg tab, 50 mg tab	1	Preletteu	ZOLOF I	
sertraline hcl oral	,	Non Professed	ZOLOET	
concentrate 20 mg/ml	2	Non-Preferred	ZOLOFT	<u> </u>

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]





POS DE				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
venlafaxine hcl 100mg tab, 25mg tab, 37.5mg tab, 50mg tab, 75mg tab	1	Preferred	EFFEXOR	
venlafaxine hcl er 150 mg cap er 24 hr, 37.5 mg cap er 24 hr, 75 mg cap er 24 hr	1	Preferred	EFFEXOR XR	
duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap	2	Non-Preferred	CYMBALTA	
amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg				
tab doxepin hcl 10 mg cap, 10	1	Preferred	ELAVIL	
mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAN	
imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab nortriptyline hcl 10 mg cap,	1	Preferred	TOFRANIL	
10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	PAMELOR	
doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap	2	Preferred	SINEQUAN	
handra in a manufata 0.5				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1 343777	Preferred	COGENTIN	
	130113		<u>epacinae (populais.</u>	
olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	ZYPREXA	
quetiapine fumarate 25 mg tab	1	Preferred	SEROQUEL	

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





TOS DE				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
risperidone 0.25 mg tab,				
0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg				
tab, 3 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	RISPERDAL	
quetiapine fumarate 50 mg				
tab	2	Preferred	SEROQUEL	
risperidone 1 mg/ml soln	2	Preferred	RISPERDAL	
quetiapine fumarate 100				
mg tab	3	Preferred	SEROQUEL	
LATUDA 120 mg tab, 20				
mg tab, 40 mg tab, 60 mg		1		
tab, 80 mg tab	4	Preferred	PA PA	PA, P _
quetiapine fumarate 200				
mg tab	4	<u>Preferred</u>	SEROQUEL	 -
quetiapine fumarate 300				
mg tab	5	Preferred	SEROQUEL	
quetiapine fumarate 400	1			
mg tab	6	Preferred	SEROQUEL	
aripriprazole 2 mg tab, 5				
mg tab, 10 mg tab, 15 mg				
tab, 20 mg tab, 30 mg tab	7	Non-Preferred	ABILIFY	PA
⊤aripiprazole 1 mg/ml soln	10	Non-Preferred	ABILIFY	PA
			feli nitri eting kedist	
fluphenazine hcl 1 mg tab,				
10 mg tab, 2.5 mg tab, 5	1			
mg tab	1	Preferred	PROLIXIN	
haloperidol 0.5 mg tab, 1				
mg tab, 2 mg tab, 2 mg/ml				
oral conc	1	Preferred	HALDOL	
thioridazine hcl 10 mg tab,		_		i
25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MELLARIL	
thiothixene 1 mg cap, 2 mg				
cap, 5 mg cap	1	Preferred	NAVANE	
trifluoperazine hcl mg tab, 2				
mg tab, 5 mg tab, 10 mg	_		SHELL ST. 15	
tab	2	Preferred	STELAZINE	<u> </u>

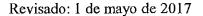
[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly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





POS DE S			<u>, </u>	.,
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
chlorpromazine hcl 25 mg				
tab	2	Preferred	THORAZINE	
haloperidol 5 mg tab	2	Preferred	HALDOL	
haloperidol decanoate 50			HALDOL	
mg/ml im soln	2	Preferred	DECANOATE	
thioridazine hcl 100 mg tab	2	Preferred	MELLARIL	
thiothixene 10 mg cap	2	Preferred	NAVANE	
chlorpromazine hcl 100 mg				
tab, 50 mg tab	3	Preferred	THORAZINE	
haloperidol 10 mg tab	3	Preferred	HALDOL	
haloperidol decanoate 100			HALDOL	
mg/ml im soln	3	Preferred	DECANOATE	
ychlorpromazine hcl 200 mg				
¼ tab	4	Preferred	THORAZINE	
haloperidol 20 mg tab	4	Preferred	HALDOL	
	ingerysj		jistojn 1621 (?	
divalproex sodium 125 mg				
) tab dr, 250 mg tab dr, 500				
mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	<u></u>
lamotrigine 100 mg tab, 150	!			
mg tab, 200 mg tab, 25 mg		·		
tab	1	Preferred	LAMICTAL	
lamotrigine chew tab 5 mg,	_		LANGTAL	
25 mg	3	Non-Preferred	LAMICTAL	
lithium carbonate 150 mg				
cap, 300 mg cap, 300 mg	ا	Durke	1.171.111.18.4	
tab, 600 mg cap	11	Preferred	LITHIUM	
lithium carbonate er 300 mg	,	D. Come d	[] _	
tab er, 450 mg tab er	1	Preferred	LITHIUM	
olanzapine 10 mg tab, 15				
mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg		Deeformed	7VDDEV	
tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	ZYPREXA	-
quetiapine fumarate 25 mg		Dua fo1	SEBOOUEI	
l tab	1	Preferred	SEROQUEL	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]

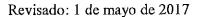






OS DE S				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	RISPERDAL	
valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr	1	Preferred	DEPAKENE	
quetiapine fumarate 50 mg tab risperidone 1 mg/ml soln	2	Preferred Preferred	SEROQUEL RISPERDAL	
quetiapine fumarate 100 mg tab	3	Preferred	SEROQUEL	
quetiapine fumarate 200 mg tab quetiapine fumarate 300	4	Preferred	SEROQUEL	
mg tab Juguetiapine fumarate 400	5	Preferred	SEROQUEL	
aripriprazole 10 mg tab, 15	6	Preferred	SEROQUEL	
mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab aripiprazole 1 mg/ml soln	7 10	Non-Preferred Non-Preferred	ABILIFY ABILIFY	PA PA
		ing pangangangan Mga kangan		
amphetamine- dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab	2	Preferred	ADDERALL	AL 4-20años
amphetamine- dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg	2	Drafavad	ADDEDALI	AL 4.20 años
tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred Preferred	ADDERALL DEXEDRINE	AL 4-20 años AL 4-20 años
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24 hr, 10 mg cap er 24 hr	4	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	AL 4-20 años

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







POSDEST				
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	AL 4-20 años
DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL	_ 4	Non-Preferred	DYANAVEL XR	PA, AL 6-20 años
	Nemzva	THE CONTRACTOR	ija amina ya bilina sa	
clonidine hcl 0.1 mg tab	-1	Preferred	CATAPRESS	
dexmethylphenidate hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	FOCALIN	AL 6-20 años
methylphenidate hcl 5 mg tab	2	Preferred	RITALIN	AL 6-20 años
dexmethylphenidate hcl 10 mg tab	3	Preferred	FOCALIN	AL 6-20 años
methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab	3	Preferred	RITALIN	AL 6-20 años
methylphenidate soln 5mg/5ml, 10 mg/5ml		Non-Preferred	METHYLIN	
STRATTERA 10 mg cap, 100 mg cap, 18 mg cap, 25				
mg cap, 40 mg cap, 60 mg çap, 80 mg cap	4	Preferred		PA, AL 6-20 años, P
	den Ed.	irizajonia, ištarži	Mahame ika 755	
flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	DALMANE	
temazepam 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	RESTORIL	
AMERICA STREET		Melandin		
doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg		Droferrad	SINEQUAN	
cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAIN	. —
zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab	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]





LIFY	14, 17
riptyline hcl	
phetamine-dextroamphetamine	17
T	
,	9
ztropine mesylate	13
renorphine hcl	9
ropion hcl	
ropion hcl er (sr)	
ropion hcl er (xl)	11
rpromazine hcl	14, 15
opram hydrobromide	11
azepam	
idine hcl	9, 18
	40
methylphenidate hcl	
roamphetamine sulfate	
roamphetamine sulfate er	
epam	9, 10
ZEPAM INTENSOL	
proex sodium	
epin hcl	12, 19
NAVEL XR	18
alopram	10
аюргатт	10
•	
etine hcl	11
enazine hcl	
zepam hcl	
acid	9
uqiu	
peridol	14, 15
peridol decanoateoxyzine pamoate	15

I
ibuprofen
L
lamotrigine 16 lamotrigine chew tab 16 LATUDA 13 lithium carbonate 16 lithium carbonate er 16 loperamide hcl 9 lorazepam 10
M
methylphenidate hcl
N
nortriptyline hcl12
0
olanzapine13, 16
Р
paroxetine hcl11
Q
quetiapine fumarate13, 14, 16, 17
R
risperidone13, 16, 17
S
sertraline hcl
Т
temazepam19 thioridazine hcl14, 15



thiothixene14, 15	venlafaxine hcl	12
trazodone hcl11	venlafaxine hcl er	12
V	7	
V	zolpidem tartrate	16
valproic acid16	zoipiderri tartrate	



A.M.M.



JAM.



