



PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

Lista de Medicamentos por Excepción (LME)

2017

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

[Handwritten signature]

A.H.A.H.



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

[Handwritten signature]

A.H.A.H.



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

A.H.H.

J.F.B.



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

A.H.A.H.

[Handwritten signature]



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

S.H.A.H.

J.H.B.



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

A.H.A.H.

2010



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

A.H.A.

2016



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

A.H.A.H.

[Handwritten signature]



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

A.H.A.

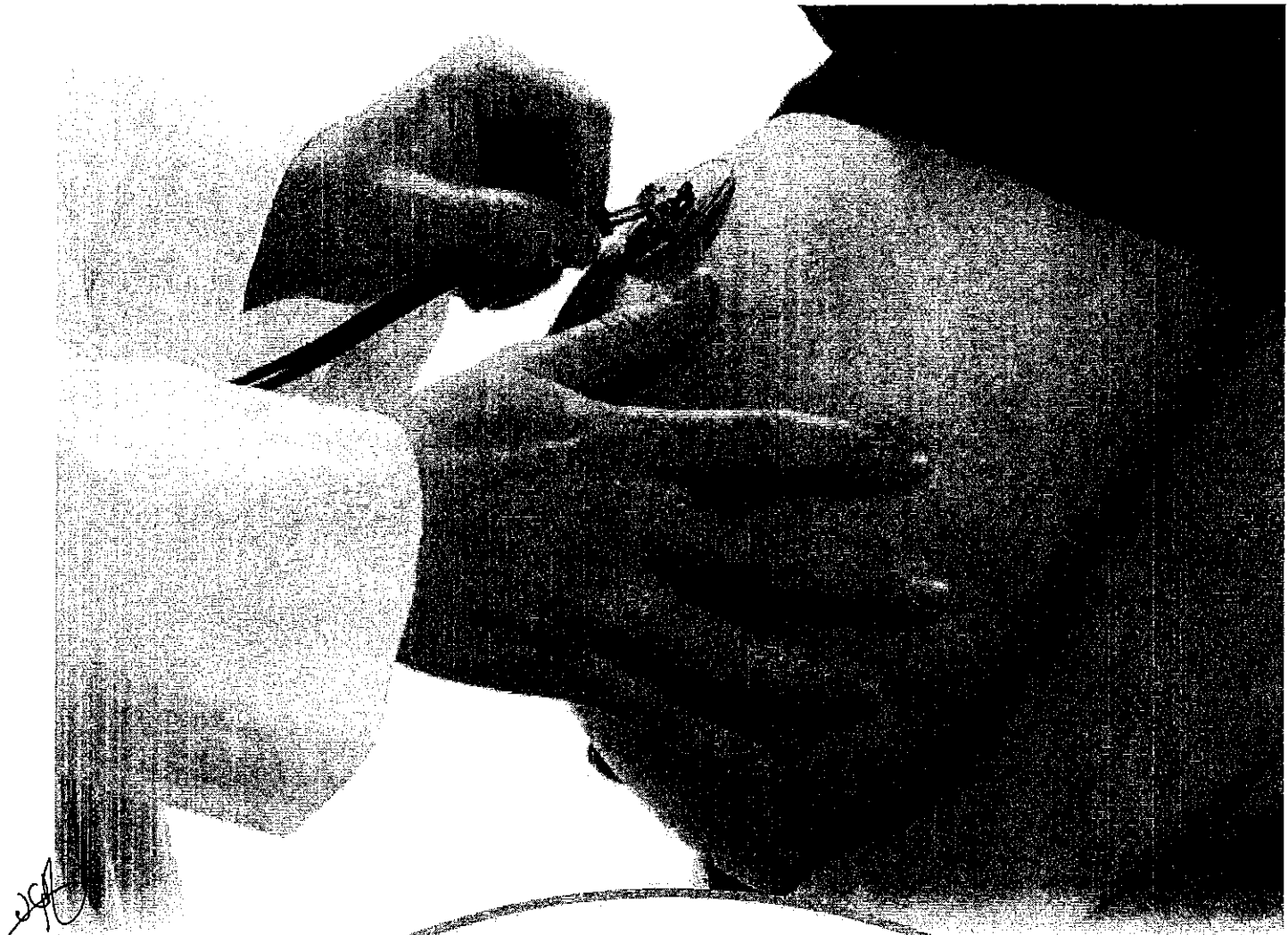
2/10



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

L.H.A.H.

[Signature]



ASES

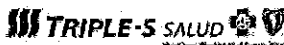
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

A.H.A.

ObGyn

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-104-05

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



Gobierno de Puerto Rico
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Morales
Gobernador

Sra. Ángela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

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

Cordialmente,


Ángela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva





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

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierto 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 Cubierto 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 Cubierto del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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



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



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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



PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

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



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

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





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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
Opioids [Analgésicos Opioides]				
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab	1	Preferred	PERCOCET	
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab	3	Preferred	PERCOCET	
Antihistamines [Antihistámicos]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	

A.H.H.

W.B.

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

A.H.A.H.

[Handwritten signature]

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

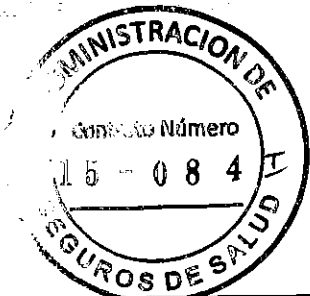




Revisado: 1 de mayo de 2017

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]				
Strong Opioids [Opioides Fuertes]				
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab	1	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab	3	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
Miscellaneous Analgesics [Analgésicos Misceláneos]				
A.H.A. hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	
First-Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]				
J.S. cephalalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	1	Preferred	KEFLEX	
cephalexin 250 mg/5ml susp	2	Preferred	KEFLEX	
Macrolides [Macrólidos]				
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	
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 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]



Revisado: 1 de mayo de 2017



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
Miscellaneous Antibacterials [Antibióticos Misceláneos]				
clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		
metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	FLAGYL	
nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap	1	Preferred	MACRODANTIN	
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	
Penicillins [Penicilinas]				
amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, , 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab	1	Preferred	AMOXIL	
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	

A.H.A.
J.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]



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 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		
Second Generation Cephalosporins [Segunda Generación de Cefalosporinas]				
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	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
Third Generation Cephalosporins [Tercera Generación de Cefalosporinas]				
cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	
cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	
Nitroimidazole [Nitroimidazol]				
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]



Revisado: 1 de mayo de 2017

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Preferred	CLEOCIN	
Insulinas Mixtas [Mezclas De Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		P
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		P
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		P
Insulinas de Duración Intermedia [Insulinas de Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		P
Insulinas De Larga Duración [Insulinas De Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	3	Preferred		P
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		P
Insulinas De Acción Rápida [Insulinas De Acción Rápida]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	4	Preferred		P
Insulinas De Corta Duración [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		P
Misceláneos [Otros Medicamentos Misceláneos]				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	Preferred	TIGAN	

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



ASES
OB-GYN

Revisado: 1 de mayo de 2017

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
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	
Alpha-Adrenergic Antagonists [Alfa-Adrenérgicos]				
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ALDOMET	
Cardioselective Beta-Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Cardioselectivos]				
atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TENORMIN	
metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr	1	Preferred	LOPRESSOR	
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	
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Cardioselectivos]				
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	

Handwritten initials

Handwritten initials

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



ASES
OB-GYN

Revisado: 1 de mayo de 2017

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Non-Selective Beta Blockers [Bloqueadores Beta No Selectivos]				
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]				
carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	1	Preferred	COREG	
Vasodilators [Vasodilatadores]				
hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	
Antituberculars [Antituberculosos]				
isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	ISONIAZID	
rifampin 150 mg cap	1	Preferred	RIFADIN	
ethambutol hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
rifampin 300 mg cap	2	Preferred	RIFADIN	
ethambutol hcl 400 mg tab	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
isoniazid 50 mg/5ml syr	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
rifabutin 150 mg cap	6	Preferred	MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECATOR 250 mg tab				
Miscellaneous Antimicrobials [Antimicrobianos Misceláneos]				
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	
Vaginal Antifungals [Antifúngicos Vaginales]				
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]



Revisado: 1 de mayo de 2017

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Preferred		PA
Antivirals Agents [Agentes Antivirales]				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Influenza]				
RELENZA DISKHALER 5 mg/blister inh aer pwr	3	Preferred		
oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap	4	Preferred	TAMIFLU	
TAMIFLU 6 mg/ ml susp	5	Non-Preferred		
Antiretroviral Agents [Agentes Antiretrovirales]				
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	
zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr	4	Non-Preferred	RETROVIR	
Anticoagulants [Anticoagulantes]				
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	HEPARIN	
heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln	8	Preferred	HEPARIN	
Cobalamins [Cobalaminas]				
cyanocobalamin 1000 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]



Revisado: 1 de mayo de 2017

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Folates / Fólios				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
Iron / Hierro				
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		
Bisphosphonates / Bisfosfonatos				
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	1	Preferred	FOSAMAX	
Folate Acid Antagonists / Folic Acid Antagonists [Antagonistas De Acido Fólico]				
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</i>	9	Non-Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone-Releasing / LHRH Analogs [Análogos De LHRH]				
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA, P
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
Antihistamines / Antihistaminicos				
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ATARAX	

A.H.A.

WFO

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



ASES
OB-GYN

Revisado: 1 de mayo de 2017

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Antifungales / Antifungales / Antifungales / Antifungales				
clotrimazole 1 % crm	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
nystatin 100000 unit/gm oint	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Insulinas & Seringas / Insulinas & Seringas / Insulinas & Seringas / Insulinas & Seringas				
insulin syringe/needle	1	Preferred		
ADME / OTRAS / Otros Antifungales				
sucralfate 1 gm tab	1	Preferred	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
Histaminérgicos (H2) Receptor Antagonists / Antagonistas Del Receptor De H2				
famotidine 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	PEPCID	
ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	
Rectal Analgesics / Analgésicos Rectales				
hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
pramcort 1-1 % rect crm	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
Orales / OTRAS / Otros Antifungales				
medroxyprogesterone 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
ELINEST 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA

A.H.A.

JSA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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: 1 de mayo de 2017

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

Handwritten initials/signature

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



Revisado: 1 de mayo de 2017

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

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



ASES
OB-GYN

Revisado: 1 de mayo de 2017

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

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



Revisado: 1 de mayo de 2017

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

[Handwritten signature]
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]



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

A. H. M.

J. 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]



leucovorin calcium.....	19
levothyroxine sodium.....	22
loratadine.....	26
LOW-OGESTREL.....	21
LUPRON DEPOT.....	19

M

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

N

NEBUPENT.....	17
nitrofurantoin macrocrystal.....	12
nitrofurantoin monohyd macro.....	12
nitrofurantoin oral suspension.....	12
nystatin.....	20

[Handwritten signature]

oseltamivir phosphate.....	17
oxycodone-acetaminophen.....	11

P

penicillin g procaine.....	13
penicillin v potassium.....	13
pramcort.....	21
prednisolone.....	24
prednisone.....	24
prednisone (pak).....	24

A.H.H.

pre-natal formula.....	24
prochlorperazine.....	15
prochlorperazine edisylate.....	15
prochlorperazine maleate.....	15
promethazine hcl.....	26
propranolol hcl.....	16

R

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

S

sucralfate.....	20
sulfamethoxazole-tmp ds.....	13
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	13
SYNTHROID.....	23

T

TAMIFLU.....	18
terbutaline sulfate.....	26
terconazole.....	17
TRECTOR.....	17
trimethobenzamide hcl.....	14

V

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

Z

zidovudine.....	18
ZOLADEX.....	20

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

ASES
Administración de Seguro de Salud de Puerto Rico
OB-GYN



[Handwritten signature]
A.H.A.H.

ASES
Administración de Seguro de Salud de Puerto Rico



ASES

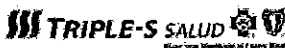
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

A.H.A.

Sub-Formulario de Salud Física

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



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

15-107-03



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Novarez
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

Handwritten initials

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

Handwritten initials

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

Cordialmente,

Handwritten signature of Angela M. Avila Marrero
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

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

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

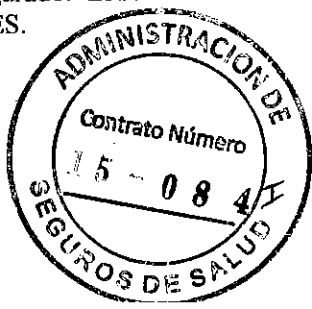
Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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



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



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

4. Regla de Emergencia

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

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

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



PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

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

TABLA DE CONTENIDO



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



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



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



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

RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS] 30

 Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos] 30

 Antileukotrienes [Antileukotrienos] 30

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

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

 Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1] 31

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

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

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

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

JH
A.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORIA TERAPEUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
Ministerio del Poder Judicial - Asesor ASASA - Oficina Ejecutiva de Normativa				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=5 días
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	QL=5 días
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	QL=5 días
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=5 días
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	QL=5 días
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	QL=5 días
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	2	Non-Preferred	INDOCIN	QL=5 días

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

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

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



Handwritten initials: A.H.A.

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

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



MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

Handwritten signature
A.H.A.H.





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]				
Non-Steroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Antiinflamatorios No Esteroidales]				
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	
Strong Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides de Fuerte Potencia]				
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.A.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]



ASES
 SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Local / Hospital / Ambulatory / Other				
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	QL=5 días
Fisiología / Otorrinolaringología / Otorrinolaringología / Dermología / Ginecología				
cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	1	Preferred	KEFLEX	QL=5 días
cefadroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	QL=5 días, AL 0-12 años
cephalexin 250 mg/5ml susp	2	Preferred	KEFLEX	QL=5 días
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	QL=5 días, AL 0-12 años
Médicos / Médicos				
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	QL=5 días
azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	QL=5 días
clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab	2	Preferred	BIAXIN	QL=5 días
clarithromycin 250 mg/5ml susp	3	Preferred	BIAXIN	QL=5 días
erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	QL=5 días
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	QL=5 días
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		QL=5 días
Médicos / Médicos / Médicos / Médicos				
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

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



ASES
 SUB FÍSICA

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

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

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



ASES
 Administración de Seguros de Salud
 SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Segunda Generación Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación]				
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
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL=5 días
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL=5 días
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación]				
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
Anticonvulsants [Anticonvulsivos]				
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
BLOQUEO DE PRODUCTOS CONTRACTADOS				
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
BLOQUEO DE PRODUCTOS CONTRACTADOS				
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	QL=5 días
BLOQUEO DE PRODUCTOS CONTRACTADOS				
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	QL=5 días
BLOQUEO DE PRODUCTOS CONTRACTADOS				
metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL=5 días

SA

A.H.A.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
KOMBIGLYZE XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr	3	Preferred		QL=5 días, ST, P
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred		QL=5 días, ST, P
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P
pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	QL=5 días
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P
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
metoclopramide hcl 10 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	QL=5 días
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	QL=5 días
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	QL=5 días
prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	QL=5 días

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
Allopurinol / Alopurinol				
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ZYLOPRIM	QL=5 días
<i>colchicine 0.6 mg cap</i>	3	Preferred	MITIGARE	PA
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	Non-Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
Uricosurics / Uricosuricos				
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	Preferred	BENEMID	QL=5 días
Alpha-Adrenergic Antagonists / Alfa-Adrenérgicos				
<i>clonidine hcl 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	QL=5 días
<i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ALDOMET	QL=5 días
Alpha-1 Adrenergic Antagonists / Alfa-1 Adrenérgicos				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	QL=5 días
Angiotensin II Receptor Antagonists / Antagonistas del Receptor de la Angiotensina II				
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	COZAAR	QL=5 días
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	HYZAAR	QL=5 días
Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors / Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina				
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTRIL	QL=5 días
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	QL=5 días
Calcium Channel Blockers / Bloqueadores de los Canales de Calcio				
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NORVASC	QL=5 días

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

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
Diuretics [Diuréticos] (Diuretics) (Diuréticos)				
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 mg tab	1	Preferred	MAXZIDE	QL=5 días
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	DIURIL	QL=5 días
chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	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 mg tab	1	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL=5 días
chlorthalidone 100 mg tab	2	Preferred	HYGROTON	QL=5 días
metolazone 10 mg tab	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL=5 días
Vasodilator Beta Blockers [Betablockers] (Vasodilator) (Vasodilador)				
carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	1	Preferred	COREG	QL=5 días
Vasodilators [Vasodiladores]				
hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	QL=5 días
Topiramate [Topiramato]				
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOPAMAX	QL=5 días
Pyridostigmine [Piridostigmina]				
pyridostigmine bromide 60 mg tab	2	Preferred	MESTINON	QL=5 días

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
pyridostigmine bromide 180 mg tab er	6	Non-Preferred	MESTINON	
isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	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 Health Department Tuberculosis Program
cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	
CAPASTAT SULFATE 1 gm inj				
RIFAMATE 150-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
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		QL=5 días
amantadine hcl 50 mg/5ml syr	1	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días
pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab	1	Preferred	MIRAPEX	QL=5 días
ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	REQUIP	QL=5 días
ropinirole hcl 2 mg tab	2	Preferred	REQUIP	QL=5 días
amantadine hcl 100 mg cap	3	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Alpha Adrenergic Blockers [Bloqueadores Alfa Adrenergicos]				
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	QL=5 días
Anticoagulants [Anti-coagulantes]				
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
heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln	8	Preferred	HEPARIN	QL=5 días
Calcium Salts [Sales de Calcio] - Estímulo Fines Inyectadas				
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, QL=5 días, P
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, QL=5 días, P
Platelet Inhibitors [Inhibidores 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
Other Medications [Otros Medicamentos]				
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	QL=5 días

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
sotalol hcl (af) 120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	QL=5 días
Antiarrítmicos tipo I A [Antiarrítmicos]				
quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL=5 días
quinidine gluconate er 324 mg tab er	2	Preferred	QUINAGLUTE	QL=5 días
quinidine sulfate er 300 mg tab er	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL=5 días
Antiarrítmicos tipo III [Antiarrítmicos]				
mexiletine hcl 150 mg cap	2	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
mexiletine hcl 200 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
Antiarrítmicos tipo IV [Antiarrítmicos]				
flecainide acetate 100 mg Tab, 50 mg tab	1	Preferred	TAMBOCOR	QL=5 días
propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab	1	Preferred	RYTHMOL	QL=5 días
flecainide acetate 150 mg tab	2	Preferred	TAMBOCOR	QL=5 días
propafenone hcl 300 mg tab	3	Preferred	RYTHMOL	QL=5 días
Antiarrítmicos tipo V [Antiarrítmicos]				
amiodarone hcl 200 mg tab	1	Preferred	CORDARONE	QL=5 días
Digitalis [Digitalis]				
digox 125 mcg tab, 250 mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	QL=5 días
digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	QL=5 días
Antiarrítmicos tipo V [Antiarrítmicos]				
isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	ISORDIL	QL=5 días



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	QL=5 días
NITROSTAT 0.3 mg tab subl, 0.4 mg tab subl, 0.6 mg tab subl	1	Preferred		QL=5 días
Antifúngicos (Antifungales)				
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	QL=5 días, OTC
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp, 100000 unit/ml crm</i>	1	Preferred	NYSTATIN	QL=5 días
Antibióticos (Antibiotics)				
<i>mupirocin 2 % oint</i>	1	Preferred	BACTROBAN	QL=5 días
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	1	Preferred	SILVADENE	QL=5 días
<i>gentamicin sulfate 0.1 % crm</i>	2	Preferred	GARAMYCIN	QL=1 frasco / 5 días
<i>gentamicin sulfate 0.1 % oint</i>	2	Preferred	GARAMYCIN	QL=1 tubo / 5 días
Este Adicional también está Disponible De Otros Proveedores				
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	QL=5 días
<i>cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	QL=5 días
Este Adicional también está Disponible De Otros Proveedores				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	QL=5 días
Este Adicional también está Disponible De Otros Proveedores				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	QL=5 días
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	QL=5 días

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
Miscellaneous (Misceláneos)				
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 tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	QL=5 días
Miscellaneous Gastrointestinal Agents (Agentes Gastrointestinales Misceláneos)				
ursodiol 300 mg cap	2	Preferred	ACTIGALL	PA, QL=5 días
Proton Pump Inhibitors (Inhibidores De La Bomba De Protones)				
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=5 días
Miscellaneous Anticidulatory Agents (Agentes Anticidatorios Misceláneos)				
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL=3 días
Antithyroid Agents (Agentes Antitiroideos)				
methimazole 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	QL=5 días
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	QL=5 días
Calcium Channel Blockers (Bloqueadores de Calcio)				
SENSIPAR 30 mg tab	7			PA, QL=5 días
SENSIPAR 60 mg tab	9			PA, QL=5 días
SENSIPAR 90 mg tab	10			PA, QL=5 días
Dopamine Agonists (Agonistas Dopaminérgicos)				
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días
Thyroid Hormones (Hormonas Tiroideas)				
levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred	SYNTHROID	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]
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		QL=5 días
Glucocorticoids [Corticoides]				
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	QL=5 días
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	QL=5 días
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL=5 días
prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL=5 días
methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	QL=5 días
Salicylates [Analgésicos]				
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		QL=5 días, P
ASACOL HD 800 mg tab dr	6	Preferred		QL=5 días, P
Sulfonamides [Sulfonamidos]				
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	QL=5 días
Spasmolytics [Espasmolíticos]				
baclofen 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	LIORESAL	QL=5 días
dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap	2	Preferred	DANTRIUM	QL=5 días

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	2	Preferred	PRED FORTE	QL=1 frasco / 5ml / 25 días
Otic Antibiotics [Antibióticos Oícos]				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	QL= 1 frasco / 10 días
Otic Antibiotics [Antibióticos Oícos]				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	QL=1 frasco / 10 días
Anti Cholinergics [Anticolinérgicos]				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Non-Preferred	ATROVENT	QL=5 días
Anti Leukotrienes [Anti Leucotriénicos]				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	QL=5 días
Expectorants [Expectorantes]				
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	QL=5 días
Inhaled Corticosteroids [Corticoides Inhalados]				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwr, 250 mcg/blist inh aer pwr, 50 mcg/blist inh aer pwr	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
FLOVENT HFA 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp,</i>	4	Non-Preferred	PULMICORT	QL=5 días, AL 0-12 años
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL 0-12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P



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

A.H.A.

A

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

B

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

C

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

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

D

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

E

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

F

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

G

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

H

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



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

I

ibuprofen.....	13
indapamide.....	24
indomethacin.....	13
ipratropium bromide.....	37
isoniazid.....	25
isosorbide mononitrate.....	31
isosorbide mononitrate er.....	31

K

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

L

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

M

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

N

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

O

omeprazole.....	32
ONGLYZA.....	19
oxcarbazepine.....	18

P

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

Q

quinidine gluconate er.....	30
quinidine sulfate.....	30
quinidine sulfate er.....	30

R

ranitidine hcl.....	32
rifabutin.....	25
RIFAMATE.....	26



SUB FÍSICA

rifampin25
 rivastigmine tartrate.....19
 ropinirole hcl26

S

salsalate.....13
 selegiline hcl19, 27
 SENSIPAR.....33
 silver sulfadiazine31
 simvastatin.....32
 sotalol hcl.....29
 sotalol hcl (af)29
 spironolactone24
 sulfamethoxazole-trmp ds.....17
 sulfamethoxazole-trimethoprim17
 sulfasalazine35
 SYNTHROID34

T

terazosin hcl.....21, 28

terbutaline sulfate.....38
 timolol maleate36
 tobramycin36
 topiramate.....18, 25
 tramadol hcl.....14
 TRECATOR.....26
 triamterene-hctz24
 trimethobenzamide hcl.....20

U

ursodiol32

V

valganciclovir hcl27
 VENTOLIN HFA38
 verapamil hcl22

W

warfarin sodium28

Handwritten signature

A.H.A.H.



SA

A.H.A.





Handwritten initials/signature

ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



Handwritten initials/signature

Dental

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-107-04

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



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosello Morales
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

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

Cordialmente,

Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva





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

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierto 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 Cubierto 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 Cubierto del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

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



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

AS
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.





PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

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

TABLA DE CONTENIDO

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

Handwritten signature

A.H.A.H.



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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORIA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) [Antiinflamatorios No Esteroideos]				
ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	
naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	
naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	NAPROSYN	
naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab	1	Preferred	ANAPROX	



[Handwritten signature]

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

L.H.H.

[Signature]

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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





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

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



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

A.H.A.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]



A

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

C

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

E

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

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

H

hydrocodone-acetaminophen.....	9
--------------------------------	---

I

ibuprofen.....	9
----------------	---

N

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

P

penicillin v potassium.....	10
-----------------------------	----

Handwritten signature

A.H.A.H.

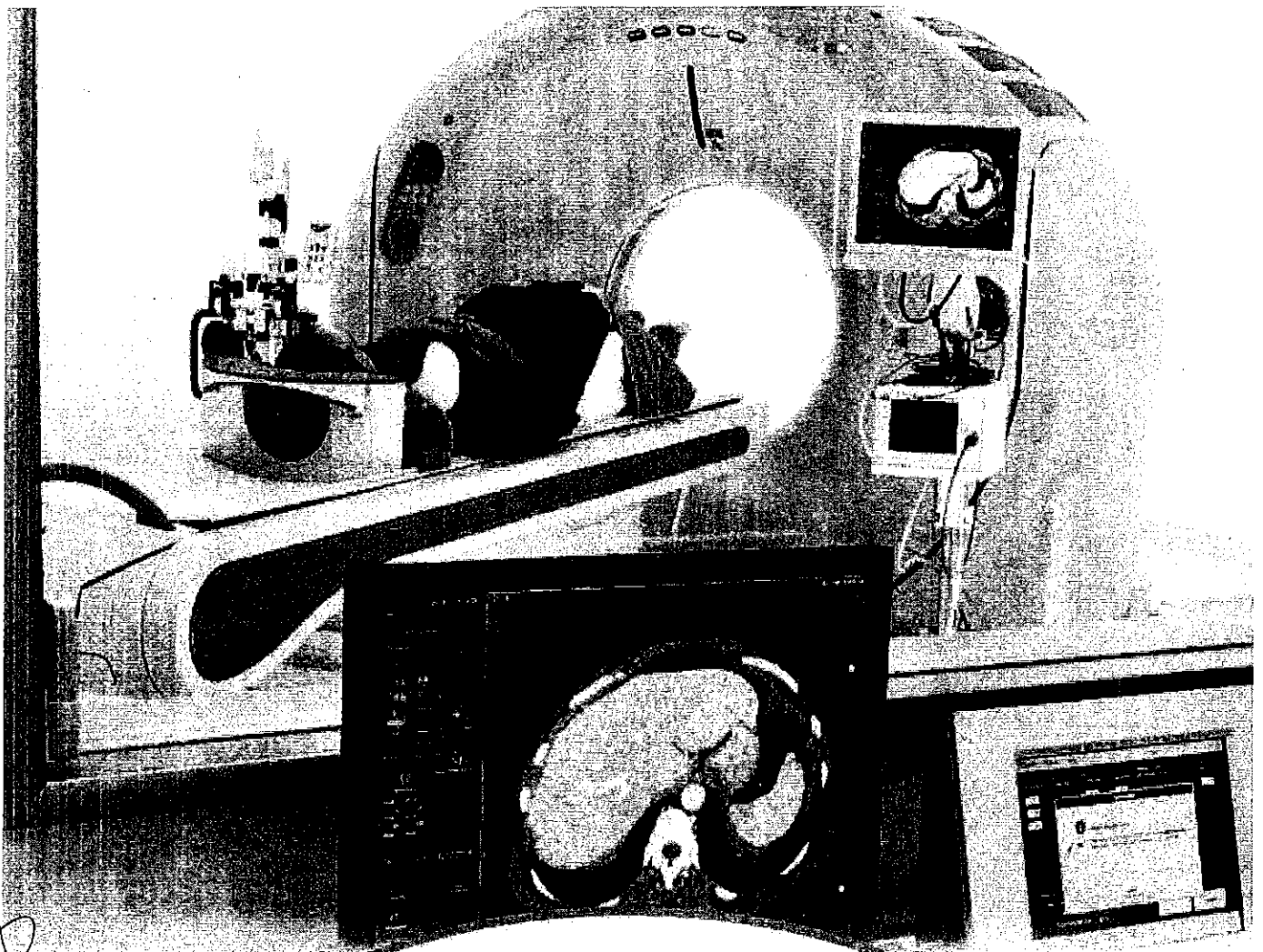




Handwritten initials

A.H.A.H.





A.H.A.H.

ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



Oncología

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-107-09

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



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Novas
Gobernador

Sra. Ángela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

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

Cordialmente,

Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva





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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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





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

[Handwritten signature]

A.H.A.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 trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su medico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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



PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

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

TABLA DE CONTENIDO



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

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



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

AB
A.H.A.



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

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

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



[Handwritten signatures]

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]				
Non-Preferred Brands [Marcas No-Preferidas] (N/A) [Non-Preferred Brands [Marcas No-Preferidas]]				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<i>nebupetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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



ASES
 Administración de Seguros de Salud
 ONCOLOGIA

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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
Non-steroidal Anti-inflammatory Agents (NSAIDs) (Antiinflamatorios No-esteroidales)				
ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
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
sulindac 150 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	CLINORIL	
meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
Opioids (Analgésicos Opioides)				
fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr	2	Preferred	DURAGESIC	
oxycodone hcl 10 mg tab	2	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
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	
oxycodone hcl 20 mg tab	3	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr	4	Preferred	DURAGESIC	

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



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

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



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

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



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

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
Ciprofloxacina [Ciprofloxacinas]				
ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	CIPRO	
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	
Sulfametoxazol-trimoprim [Sulfametoxazoles]				
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	
gabapentin [Gabapentinas]				
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	

[Handwritten initials]

A.H.A.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]



ASES
 ONCOLOGIA

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]
5-Hydroxytryptamine (5HT₂) Antagonists (Antagonistas 5HT₂)				
ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab	1	Preferred	ZOFRAN	
Miscellaneous Antiemetics (Antieméticos Misceláneos)				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	
promethazine hcl 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln	1	Preferred	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	
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	
Phenothiazines (Fenotiazinas)				
prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
Miscellaneous Antinausea Agents (Antinauseóticos Misceláneos)				
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	

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]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Antifungales / Antifungales				
fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DIFLUCAN	
ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
Antivirales / Antivirales				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
Vitaminas / Vitaminas				
cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
Biologics / Biologics				
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, P
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, P
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA, P
Embrionales / Embrionales				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P

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



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

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



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

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
SPRYCEL 70 mg tab	14	Preferred		PA, P
TASIGNA 200 mg cap	15	Preferred		PA, P
SPRYCEL 80 mg tab	17	Preferred		PA, P
TASIGNA 150 mg cap	18	Preferred		PA, P
SPRYCEL 100 mg tab	19	Preferred		PA, P
AFINITOR 2.5 mg tab	20	Preferred		PA, P
NEXAVAR 200 mg tab	20	Preferred		PA, P
SPRYCEL 140 mg tab	20	Preferred		PA, P
AFINITOR 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	21	Preferred		PA, P
imatinib 400 mg tab	23	Non-Preferred	GLEEVEC	PA
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]				
megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
Androgen Inhibitors [Inhibidores De La Androgenesis]				
anastrozole 1 mg tab	1	Preferred	ARIMIDEX	
Leucovorin [Leucovorin]				
leucovorin calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg tab	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone Releasing Hormone Analogues [Análogos De LH-RH]				
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	8	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	9	Preferred		PA, P

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
Miscellaneous Antineoplastic Agents [Misceláneos]				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
Miscellaneous [Misceláneos]				
etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
Antifungals [Antifúngicos]				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	OTC
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Fluorouracil [Fluorouracilo]				
fluorouracil 2 % soln, 5 % soln	3	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	4	Non-Preferred	EFUDEX	
Anticancer Agents [Agentes Anticancerígenos]				
misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab	1	Preferred	CYTOTEC	
sucralfate 1 gm tab	1	Preferred	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
H2 Antagonists [Antagonistas H₂] / Receptor Antagonists [Antagonistas de Receptor H₂]				
famotidine 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	PEPCID	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]				
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
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
Cyclosporine [Ciclosporina]				
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		PA, P
cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	PA
cyclosporine 25 mg cap	4	Preferred	SANDIMMUNE	PA
cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln	4	Preferred	NEORAL	PA
cyclosporine 100 mg cap	5	Preferred	SANDIMMUNE	PA
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

Handwritten initials

Handwritten initials

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



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

Handwritten initials/signature

Handwritten initials/signature

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



etoposide27

A

acetaminophen-codeine12
 acetaminophen-codeine #212
 acetaminophen-codeine #312
 acetaminophen-codeine #413
 ACTIMMUNE27
 acyclovir20
 AFINITOR25
 ALKERAN23
 amoxicillin16
 amoxicillin-pot clavulanate16
 ampicillin16
 anastrozole26
 ARANESP (ALBUMIN FREE)21, 22
 azathioprine31
 azithromycin14

B

bicalutamide24
 BICILLIN L-A16, 17

C

calcitriol31, 32
 capecitabine24
 CARAFATE28
 ciprofloxacin17
 ciprofloxacin hcl17
 clarithromycin15
 clotrimazole27
 codeine sulfate13
 cyanocobalamin20
 cyclosporine29
 cyclosporine modified29

D

dapsone19
 dexamethasone30
 DEXFERRUM22
 DILANTIN18

E

E.E.S. GRANULES15
 ERYPED 20015
 ERYPED 40015
 ERY-TAB15
 ERYTHROCIN STEARATE15
 erythromycin base15
 erythromycin ethylsuccinate15

F

famotidine28
 fentanyl11, 12
 fluconazole19, 20
 fludrocortisone acetate28
 fluorouracil27
 flutamide24
 folic acid22

G

gabapentin18
 GLEEVEC25

H

hydrocodone-acetaminophen13
 hydrocortisone30
 hydromorphone hcl13, 14
 hydroxyurea24

I

ibuprofen11
 imatinib25
 indomethacin11
 INFED22
 iron22

K

ketoconazole20

L

leucovorin calcium26
 LEUKERAN23
 leuprolide acetate26
 levofloxacin17
 lidocaine viscous14
 lomustine23
 LUPRON DEPOT26
 LUPRON DEPOT-PED26

M

MATULANE27
 MEDROL30
 meggestrol acetate25, 26
 meloxicam11
 meperidine hcl13



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

N

<i>nabumetone</i>	11
<i>naproxen</i>	11
<i>naproxen dr</i>	11
NEORAL.....	29
NEULASTA.....	20
NEUPOGEN.....	20
NEXAVAR.....	25
<i>nystatin</i>	27

O

<i>omeprazole</i>	28
<i>ondansetron</i>	18
<i>ondansetron hcl</i>	18
<i>oxycodone hcl</i>	11, 12
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	13, 14

P

<i>penicillin g procaine</i>	16
<i>penicillin v potassium</i>	16
<i>phenytoin</i>	18
<i>phenytoin sodium extended</i>	18
<i>prednisolone</i>	30

<i>prednisone</i>	30
<i>prednisone (pak)</i>	30
<i>prochlorperazine</i>	19
<i>prochlorperazine edisylate</i>	19
<i>prochlorperazine maleate</i>	19
PROCRIIT.....	21, 22
<i>promethazine hcl</i>	19

R

<i>ranitidine hcl</i>	28
RAPAMUNE	31

S

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

T

<i>tacrolimus</i>	31
<i>tamoxifen citrate</i>	24
TASIGNA.....	25
<i>temozolomide</i>	23
<i>terbinafine hcl</i>	20
<i>tramadol hcl</i>	13
<i>trimethobenzamide hcl</i>	19

Z

ZOLADEX.....	27
--------------	----

[Handwritten signature]

A.H.A.H.

Revisado: 5 de mayo de 2017



Handwritten signature or initials.

A.H.A.H.





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

ASES

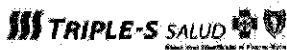
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



Sub-Formulario de **Salud Mental**

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



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

15-107-01



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Roselló Nieves
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

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

Cordialmente,


Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva





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

1. Formularios de Medicamentos


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

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

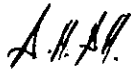
Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG a través de su Administrador del Programa de Farmacia o "PPA". Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios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

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

2. Proceso de Excepción

 En el caso de pacientes que necesiten un medicamento que no aparezca en el FMC, los proveedores de servicios de salud y según aplique las compañías aseguradoras deberán utilizar el proceso aquí descrito para la aprobación de los medicamentos por 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.

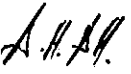
 Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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



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



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

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

4. Regla de Emergencia

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

SAO
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.

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





PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

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

TABLA DE CONTENIDO

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

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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPEÚTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANTI-ANXIETY / ANSIEDAD (DIAZEPAM)				
diazepam 10 mg tab, 2 mg lab, 5 mg fab	1	Preferred	VALIUM	QL=5 días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	QL=5 días
Sedation / Sedación (HYDROXYZINE)				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
Antidepressant / Antidepresivo (BUPROPION)				
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



A.H.A.H.

[Handwritten signature]

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

A.H.A.

J.F.

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
[REDACTED]				
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
[REDACTED]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
[REDACTED]				
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
[REDACTED]				
citalopram hydrobromide 10 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

Handwritten initials/signature

Handwritten initials/signature

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 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]
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	1	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
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
A.H.A. doxepin hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAN	QL=30 días
imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOFRANIL	QL=30 días
J.H. nortriptyline hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	PAMELOR	QL=30 días
doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap	2	Preferred	SINEQUAN	QL=30 días
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	QL=30 días
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
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
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]



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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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 tab	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
zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	AMBIEN	QL=5 días



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

Handwritten initials

Handwritten initials

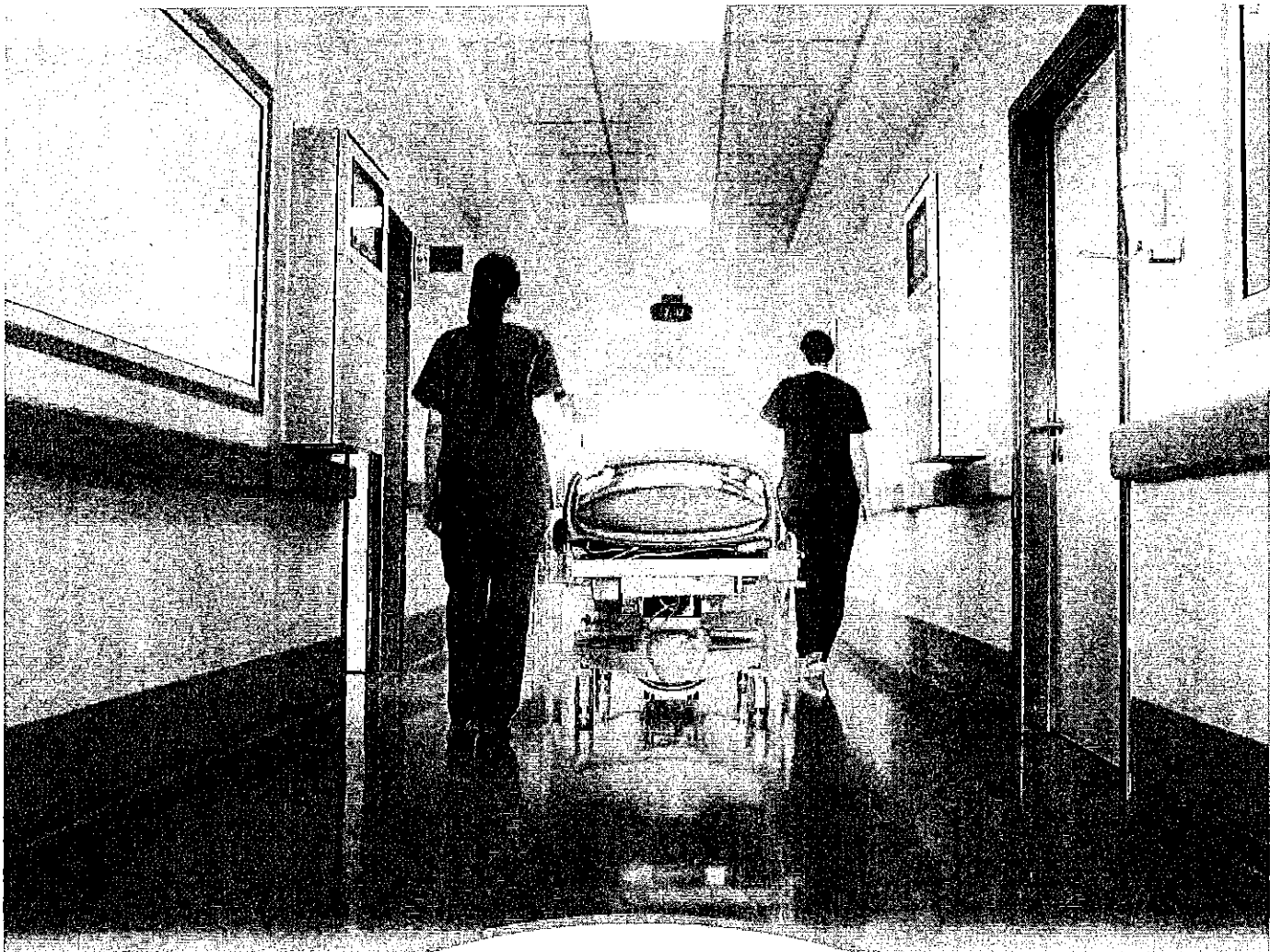


• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly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

Handwritten initials

A.H.H.





ASES

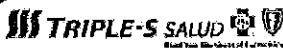
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

Formulario de

Emergencia Integrado (FEI)

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



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

15-107-02



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rodríguez Rivera
Gobernador

Sra. Ángela M. Avila Marcero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cobertura 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, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquiátricos contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

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

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica www.ases.pr.gov.

Cordialmente,

Ángela M. Avila Marcero
Directora Ejecutiva





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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

B. Las compañías aseguradoras o el TPA ("Third Party Administrator"), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o "PBM") contratado por ASES.



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

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.H.A.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 expeditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

[Handwritten signature]
A.H.A.H.





FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)
2017

TABLA DE CONTENIDO



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

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

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017..... 11

 RANGO DE COSTO NETO MENSUAL 11

 MEDICAMENTOS GENÉRICOS..... 12

THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] 13

ANALGESICS [ANALGÉSICOS]..... 13

 Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] 13

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

ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]..... 14

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

ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD] 14

 Benzodiazepines [Benzodiazepinas]..... 14

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

ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] 14

 First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] 14

 Macrolides [Macrólidos]..... 14

 Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] 15

 Penicillins [Penicilinas]..... 15

 Quinolones [Quinolonas] 16

 Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación] 16

 Sulfonamides [Sulfonamidas] 16

 Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación] 17

ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] 17

 Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]..... 17



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)



ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA] 18

 Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa] 18

ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS] 19

 Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos] 19

ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS] 19

 Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa] 19

 Biguanides [Biguanidas] 19

 Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4] 19

 Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas] 19

 Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin] 19

 Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia] 19

 Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración] 19

 Sulfonylureas [Sulfonilureas] 20

ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] 20

 Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] 20

 Phenothiazines [Fenotiazinas] 20

25/10 ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA] 20

 Antigout Agents [Agentes Antigota] 20

 Uricosurics [Uricosúricos] 20

ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS] 20

 Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos] 20

A.H.A.H. Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] 21

 Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II] 21

 Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina] 21

 Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio] 21

 Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica] 21

 Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos] 21

 Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] 22

 Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa] 22

 Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos] 22

 Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio] 22

 Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas] 23



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)



Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores] 23

Vasodilators [Vasodilatadores] 23

ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA] 23

 Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos] 23

ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS] 23

 Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos] 23

ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS] 24

 Antituberculars [Antituberculosos] 24

ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS] 24

 Antimalarials [Antimaláricos] 24

ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] 24

 Anticholinergics [Anticolinérgicos] 24

 Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson] 24

 Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina] 25

ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS] 25

 Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación] 25

 Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación] 26

ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] 26

 Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus] 26

 Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] 26

 Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza] 26

BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA] 26

 Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] 26

BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] 26

 Anticoagulants [Anticoagulantes] 26

 Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides] 27

 Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas] 27

CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES] 27

 Antiarrhythmics Class Ii [Antiarrítmicos Clase Ii] 27

 Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A] 27

 Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B] 28

 Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C] 28



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)



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

[Handwritten initials]

A.H.A.H.



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueléticos] 32

OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS] 32

 Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma] 32

 Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos] 32

 Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas] 32

 Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos] 33

OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS] 33

 Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oóticos Misceláneos] 33

 Otic Antibiotics [Antibióticos Oóticos] 33

RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS] 33

 Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos] 33

 Antileukotrienes [Antileukotrienos] 33

 Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos] 33

 Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados] 33

 Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1] 34

 Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos] 34

[Handwritten signature]

A.H.A.H.





FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

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

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requisitos / Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
ibuprofen 400 mg tab, 600 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
nabumefone 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 mg tab	1	Preferred	DISALCID	QL = 5 días
indomethacin or 75 mg cap or	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:



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

A.H.A.H.



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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)



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

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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]
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml susp, 875-125 mg tab	1	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap	1	Preferred	PRINCIPEN	QL = 5 días
penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab	1	Preferred	VEETIDS	QL = 5 días
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp	3	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
Quinolones [Quinolonas]				
Handwritten: J.A. ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
Handwritten: J.A. levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	LEVAQUIN	QL = 5 días
Handwritten: J.A. ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp	3	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
Handwritten: A.H. ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp	4	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]				
ceftiofur 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
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días

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



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]
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]				
cefдинир 125 mg/5ml susp, 300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
cefдинир 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab	1	Preferred	TEGRETOL	QL = 5 días
clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	QL = 5 días
divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	QL = 5 días
gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	NEURONTIN	QL = 5 días
lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab	1	Preferred	LAMICTAL	QL = 5 días
lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg	3	Non-Preferred	LAMICTAL	
levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg	3	Non-Preferred	KEPPRA XR	
oxcarbazepine 150 mg tab	1	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab	1	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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]
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]				
trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DESYREL	QL = 5 días
Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao]				
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	QL = 5 días
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]				
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	QL = 5 días
Biguanides [Biguanidas]				
metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL = 5 días
Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4]				
KOMBIGLYZE XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr	3	Preferred		QL = 5 días, ST, P
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred		QL = 5 días, ST, P
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL = 1 Vial 10 ML/30 días, P
Insulin-Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]				
pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	QL = 5 días
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL = 1 Vial 10 ML/30 días, P
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		QL = 1 Vial 10 ML/30 días, P

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



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

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



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]
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenergicos]				
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) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				
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 Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima 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
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]				
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 Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica]				
acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab	3	Preferred	DIAMOX	QL = 5 días
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
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]



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



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]
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	DIURIL	QL = 5 días
chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab	1	Non-Preferred	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 mg tab	1	Non-Preferred	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 Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]				
carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	1	Preferred	COREG	QL = 5 días
Vasodilators [Vasodilatadores]				
hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	QL = 5 días
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRANA]				
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]				
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 tab	1	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días, ST
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]				
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]				
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]



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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]
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]				
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
haloperidol 20 mg tab	4	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
valganciclovir hcl 450 mg tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA, QL = 5 días
Antitherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
Anti-Influenza Agents [Agentes AntiInfluenza]				
amantadine hcl 50 mg/5ml 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	
TAMIFLU 6 mg/ ml susp	5	Non-Preferred		
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA]				
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Anticoagulants [Anticoagulantes]				
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]



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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]
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]				
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	2	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	3	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]				
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	1	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	2	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	3	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
Antiarrhythmics Type II [Antiarrítmicos Tipo II]				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	QL = 5 días
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]				
<i>digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	QL = 5 días
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	ISORDIL	QL = 5 días
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	QL = 5 días
<i>NITROSTAT 0.3 mg tab sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub</i>	1	Preferred		QL = 5 días
DENTAL AND/ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifúngales]				
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	QL = 5 días
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp, 100000 unit/ml crm</i>	1	Preferred	NYSTATIN	QL = 5 días

25/0

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 #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]
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Pediculicides And Scabicides [Pediculicidas Y Escabicidas]				
permethrin 5 % crm	3	Preferred	ELIMITE	QL = 5 días
Topical Antibiotics [Antibióticos 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
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDEMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares]				
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 Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]				
gemfibrozil 600 mg tab	1	Preferred	LOPID	QL = 5 días
Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa]				
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
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor 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 tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	QL = 5 días
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]				
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]



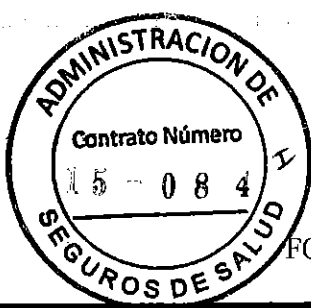
FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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 Protones]				
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]				
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]				
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL = 3 días
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]				
methimazole 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	QL = 5 días
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	QL = 5 días
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, QL = 5 días
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, QL = 5 días
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA, QL = 5 días
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina]				
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]				
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		QL = 5 días, P

[Handwritten mark]

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]



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]
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	QL = 5 días
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	QL = 5 días
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días
prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días
methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	QL = 5 días
Immune Globulins [Immunoglobulinas]				
RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit	4	Preferred		
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA 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
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]				
vitamin d 400 unit cap	1	Preferred	VITAMIN D	QL = 5 días
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
baclofen 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	LIORESAL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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]
dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap	2	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
dantrolene sodium 100 mg cap	3	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculares]				
cyclobenzaprine hcl 10 mg tab	1	Preferred	FLEXERIL	QL = 5 días
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]				
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln	1	Preferred	ALPHAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
dorzolamide hcl 2 % ophth soln	1	Preferred	TRUSOPT	QL = Frasco 10 ML/30 días
levobunolol hcl 0.5 % ophth soln	1	Preferred	BETAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/25 días
levobunolol hcl 0.25 % ophth soln	1	Preferred	BETAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
timolol maleate 0.5 % ophth soln	1	Preferred	TIMOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/30 días
dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml	1	Preferred	COSOPT	QL = 1 Frasco 5 ML/30 días
timolol maleate 0.25 % ophth soln	1	Preferred	TIMOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/25 días
betaxolol hcl 0.5 % ophth soln	2	Non-Preferred	BETOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]				
gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint	1	Preferred	GARAMYCIN	QL = 1 Tubo 3.5 GM/5 días
gentamicin sulfate 0.3 % ophth soln	1	Preferred	GARAMYCIN	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días
tobramycin 0.3 % ophth soln	1	Preferred	TOBREX	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
latanoprost 0.005 % ophth soln	1	Preferred	XALATAN	QL = 1 Frasco/25 días

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

SA

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]



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

A.H.A.



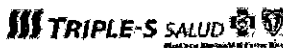
ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

Salud Física

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-107-06

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



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rossetti Méndez
Gobernador

Sra. Ángela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

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

Cordialmente,

Ángela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva





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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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



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

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



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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

[Handwritten signature]

A.H.H.





A.H.A.H.

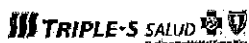


ASES
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

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].....	17
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración].....	17
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración].....	18
test.....	18
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS].....	19
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	19
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].....	22
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales].....	23



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



Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]	28
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]	28
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]	29
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]	30
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	30
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	30
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]	30
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]	31
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]	31
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	31
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	31
Vasodilators [Vasodilatadores]	31
<i>A.H.A.</i> ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]	32
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]	32
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]	32
<i>J.F.</i> 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-Antimalaráticos]	33
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	33
Anthelmintics [Antihelmínticos]	33
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	33
Anticholinergics [Anticolinérgicos]	33
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]	33
Dopamine Precursors [Precursores de Dopamina]	34
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]	34



Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza]	34
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	35
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	35
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales].....	35
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]	35
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]	35
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa].....	35
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa].....	36
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]	36
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa].....	36
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]	40
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	40
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	40
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]	40
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente].....	40
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]	40



Handwritten initials/signature

Handwritten initials/signature

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



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]	46
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]	48
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]	48
Antihemophilic Products [Productos Antihemofílicos].....	48
Hemostatics [Hemostáticos].....	49
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	50
Androgens [Andrógenos].....	50
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]	50
Calcimimetics [Calcimiméticos]	50
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina]	50
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]	50
Estrogens [Estrógenos]	50
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]	51



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

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

Handwritten initials: JH and A.H.A.H.



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

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

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



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

[Handwritten signature]
 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.

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

A.H.A.

SA

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

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

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





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]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) Analgésicos/Anestésicos				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
Opioid Analgesics Analgésicos Opioides				
<i>fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	Preferred	DURAGESIC	
<i>fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	3	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	3	Preferred	MORPHINE	
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	4	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	4	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	Preferred	MORPHINE	

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



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 solution 10 mg/ 5ml		Preferred	METHADONE	ASSMCA
Short-Acting Opioid Analgesics (Analgésicos Opioides de Corta Duración)				
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 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	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	
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
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
<i>WJ</i> flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	DALMANE	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>A.H.A.</i> lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
midazolam hcl 10 mg/10ml inj soln, 2 mg/2ml inj soln, 5 mg/5ml inj soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	VERSED	QL 5ml / 30días
Sedative Anxiolytics [Sedantes Ansiolíticos]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	
Antibiotics [Antibióticos]				
tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln	18	Non-Preferred	TOBI	PA

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Penicilinas (Macrólidos)				
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
Microlidos (Macrólidos)				
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	
clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab	2	Preferred	BIAXIN	
clarithromycin 250 mg/5ml susp	3	Preferred	BIAXIN	
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		
Misceláneos (Macrólidos)				
clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	
MACRODANTIN 25 mg cap	1	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]



SALUD FÍSICA

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 cap	9	Non-Preferred	VANCOCIN	
vancomycin hcl 250 mg cap	10	Non-Preferred	VANCOCIN	
Penicillins [Penicilinas]				
amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab	1	Preferred	AMOXIL	
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 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 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 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
Quinolones (Quinolonas)				
ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	CIPRO	
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	
Second Generation Cephalosporins (Cefalosporinas de Segunda Generación)				
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	
Sulfonamides (Sulfonamidas)				
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	
Tetracyclines (Tetraciclinas)				
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	
Third Generation Cephalosporins (Cefalosporinas de Tercera Generación)				
cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	
cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	

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



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

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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	
A.H.A. 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	
JAC 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]
Antidémicos (Antipsicóticos) (Antipsicóticos)				
ergoloid mesylates 1 mg tab	6	Non-Preferred	HYDERGINE	
Cholinesterase Inhibitors (Inhibidores de Colinesterasa)				
donepezil hcl 10 mg tab, 10 mg odt, 5 mg tab, 5 mg odt	1	Preferred	ARICEPT	
rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap	3	Preferred	EXELON	
NMDA Receptor Antagonists (Antagonistas del Receptor NMDA)				
memantine 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	NAMENDA	
memantine TITRATION PAK 5 (28)-10 (21) mg tab	1	Preferred	NAMENDA	
Tricyclic Antidepressants (Antidepresivos Tricíclicos)				
amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab	1	Preferred	ELAVIL	MENTAL, SUB MENTAL
doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOFRANIL	MENTAL, SUB MENTAL
nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	PAMELOR	MENTAL, SUB MENTAL
doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap	2	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap	2	Non-Preferred	CYMBALTA	

Handwritten initials: "A.H.A." and a signature.

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 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]
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa]				
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	
Biguanides [Biguánidas]				
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	
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4]				
KOMBIGLYZE XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr	3	Preferred		ST, C
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred		ST, C
Glucagon Agonists [Glucagón]				
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		
Insulin Preparations [Preparaciones de Insulina]				
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		C
Insulin Sensitizers [Agentes Sensibilizantes de Insulina]				
pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	
Insulin [Insulina]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		C
Long-Acting Insulins [Insulinas de Acción Prolongada]				
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]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		C
Rapid Acting Insulins (Insulinas de Rapida Duracion)				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		C
Short Acting Insulins (Insulinas de Corta Duracion)				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		C
Oral Diabetes (Sulfonureas)				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
Insulin (Insulinas)				
insulin syringe/needle	1	Preferred		
Antiemetics (Antiemeticos)				
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	
Antiemetics (Antiemeticos)				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	
promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr, 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln	1	Preferred	PHENERGAN	
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	
Antiemetics (Antiemeticos)				
prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	COMPAZINE	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ZYLOPRIM	
<i>colchicine 0.6 mg cap</i>	3	Preferred	MITIGARE	PA
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	Non-Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	Preferred	BENEMID	
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	
<i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ALDOMET	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	COZAAR	
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	HYZAAR	
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MONOPRIL	
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTRIL	

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



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	
Calcium Channel Blockers Agents Bloqueadores de Canales de Calcio				
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	
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]



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	2	Preferred	PROCARDIA XL	
Carbonic Anhydrase Inhibitors [Diuréticos [Diuréticos, Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]				
acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab	3	Preferred	DIAMOX	
Cardioselective Beta Blockers [Antihipertensivos [Antihipertensivos, Betabloqueantes Cardioselectivos]				
atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TENORMIN	
metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr	1	Preferred	TOPROL XL	
metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	LOPRESSOR	
metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr	2	Non-Preferred	TOPROL XL	
Combination				
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
Loop Diuretics [Diuréticos]				
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	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
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	
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	
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 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MICROZIDE	
indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab	1	Preferred	LOZOL	
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	
carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	1	Preferred	COREG	
hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	
minoxidil 10 mg tab, 2.5 mg tab	1	Preferred	LONITEN	

• 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]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenergicos]				
divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOPAMAX	
Serotonin Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]				
sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	IMITREX	QL= 6 tab
Parasympathomimetics [Parasimpaticomimeticos]				
pyridostigmine bromide 60 mg tab	2	Preferred	MESTINON	
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		
pyridostigmine bromide 180 mg tab er	6	Non-Preferred	MESTINON	
Antituberculars [Antituberculosos]				
isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	ISONIAZID	
rifampin 150 mg cap	1	Preferred	RIFADIN	
ethambutol hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
pyrazinamide 500 mg tab	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	
rifampin 300 mg cap	2	Preferred	RIFADIN	
ethambutol hcl 400 mg tab	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
isoniazid 50 mg/5ml syr	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
rifabutin 150 mg cap			MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECATOR 250 mg tab				
CAPASTAT 1 gm inj				
Miscellaneous [Miscelaneos]				
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	

A.H.A.
 J.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 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]
Antifungals / Antifúngicos				
fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DIFLUCAN	
ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
nystatin 100000 unit/gm crm	1	Preferred	MYCOSTATIN	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
itraconazole 100 mg cap		Preferred	SPORANOX	SIDA
Vaginal Antifungals / Antifúngicos vaginales				
terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm	2	Preferred	TERAZOL	
Antimalarials / Antimaláricos				
chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ARALEN	
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	1	Preferred	PLAQUENIL	
DARAPRIM 25 mg tab	19	Non-Preferred		PA
Probiotics - Non Antimicrobials / Antiprotobios - No Antimicrobianos				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Non-Preferred		PA
Antiparasitics / Antiparasitarios				
PIN-X 720.5 mg chew tab	1	Preferred		OTC
REESES PINWORM MEDICINE 144 mg/ml Susp	1	Preferred		OTC
BILTRICIDE 600 mg tab	7	Non-Preferred		PA
Anticholinergics / Anticolinérgicos				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
Antivirals - Non-ORV / Antivirales - No ORV				
amantadine hcl 50 mg/5ml syr	1	Preferred	SYMMETREL	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
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	
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	
carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab	4	Non-Preferred	STALEVO	
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	
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	
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	
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]
Antiviral Agents (Agentes Antivirales)				
valganciclovir hcl 450 mg tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA
Anticancer Agents (Agentes Anticancerígenos)				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
Antiretroviral Combinations (Combinaciones Antiretrovirales)				
EPZICOM 600-300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
ATRIPLA 600-200-300 mg tab				
Integrase Inhibitors (Inhibidores de la Integrase)				
ISENTRESS potassium 400 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
Immune Modulators (Moduladores Inmunitarios)				
SELZENTRY 300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
FUZEON subcutaneous kit 90 mg				
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (Inhibidores de la Transcriptasa Inversa no Nucleosídicos)				
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		C

A.H.A.
 J.F.

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
INTELENCE 200 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors, Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors				
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	
stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	3	Preferred	ZERIT	
didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr	4	Non-Preferred	ZIAGEN	
lamivudine 10 mg/ml soln	5	Preferred	EPIVIR	
lamivudine 150 mg tab	4	Preferred	EPIVIR	
zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr	4	Non-Preferred	RETROVIR	
abacavir sulfate 300 mg tab	5	Preferred	ZIAGEN	
didanosine 400 mg cap dr	5	Non-Preferred	ZIAGEN	
lamivudine 300 mg tab	5	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Non-Preferred		
lamivudine 100 mg tab	6	Preferred	EPIVIR	PA
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	6	Preferred	COMBIVIR	
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
EMTRIVA 200 mg cap				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
VIREAD 300 mg tab				
TRUVADA 200-300 mg tab			TRUVADA	
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors, Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors				
finasteride 5 mg tab	1	Preferred	PROSCAR	

A.H.A.

JA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	1	Preferred	FLOMAX	
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	
Anticoagulants [Anticoagulantes]				
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	HEPARIN	
heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln	8	Preferred	HEPARIN	
Cyanocobalamins [Cianocobalaminas]				
cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
Other Stimulants [Otros Estimulantes]				
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, C
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA, C

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
Migración de Agentes Existentes a Agentes Estándar de Entidades				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, C
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	7	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.3ml inj soln, 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, C
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, C
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	10	Preferred		PA, C
Migración de Agentes Existentes a Agentes Estándar de Entidades				
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]



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

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	BETAPACE	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
<i>Antiarrhythmics Type I (Antiarrítmicos Tipo I)</i>				
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINAGLUTE	
<i>quinidine sulfate er 300 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
<i>Antiarrhythmics Type II (Antiarrítmicos Tipo II)</i>				
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	2	Preferred	MEXITIL	
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	3	Preferred	MEXITIL	
<i>Antiarrhythmics Type III (Antiarrítmicos Tipo III)</i>				
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	1	Preferred	RYTHMOL	
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	2	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	3	Preferred	RYTHMOL	
<i>Antiarrhythmics Type IV (Antiarrítmicos Tipo IV)</i>				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	
<i>Anticoagulants (Anticoagulantes)</i>				
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	1	Preferred	TRENTAL	
<i>Miscellaneous (Misceláneos)</i>				
<i>digox 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>digoxin 0.05 mg/ml soln, 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
Edmonday, Wednesday, Friday, Saturday, Sunday, Public Holiday				
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	Preferred	REVATIO	PA
ADEMPAS 0.5 mg tab	15	Preferred		PA, C
ADEMPAS 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab	18	Preferred		PA, C
ADEMPAS 2.5 mg tab	20	Preferred		PA, C
Monday, Tuesday, Wednesday, Thursday, Friday, Saturday, Sunday, Public Holiday				
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>nitroglycerin 0.2 mg/hr td patch 24hr</i>	1	Preferred	NITRODUR	
NITROSTAT 0.3 mg tab sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub	1	Preferred		
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr</i>	2	Non-Preferred	NITRODUR	
Monday, Tuesday, Wednesday, Thursday, Friday, Saturday, Sunday, Public Holiday				
AMPYRA 10 tab er 12hr	9	Preferred		PA, C
COPAXONE 20 mg/ml sc kit	17	Preferred		PA, C
COPAXONE 40 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe	14	Preferred		PA, C
AVONEX 30 mcg im kit	13	Preferred		PA, C
AVONEX PEN 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
AVONEX PREFILLED 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
GILENYA 0.5 mg cap	15	Preferred		PA, C

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
TYSABRI intravenous concentrate 300 mg/15ml	15	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120 mg cap dr	14	Preferred		PA, C
TECFIDERA 240 mg cap dr	14	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120-240 MG misc	14	Preferred		PA, C
BETASERON 0.3 mg sc kit	13	Preferred		PA, C
Alquilantes [Alkylating Agents]				
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
Angiotensin II Receptor Inhibitors [Angiotensin II Receptor Inhibitors]				
STIVARGA 40 mg tab	15	Preferred		PA, C
Antiandrogens [Antiandrogens]				
bicalutamide 50 mg tab	2	Preferred	CASODEX	
flutamide 125 mg cap	4	Non-Preferred	EULEXIN	
Antiestrogens [Antiestrogens]				
tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	NOLVADEX	
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		
Antimetabolites [Antimetabolites]				
hydroxyurea 500 mg cap	2	Preferred	HYDREA	
mercaptopurine 50 mg tab	2	Preferred	PURINETHOL	
methotrexate 2.5 mg tab	2	Preferred	METHOTREXATE	

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



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
Antineoplastic Enzymes / Antineoplásicos Enzimáticos				
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
Antineoplastic Hormones / Antineoplásicos Hormonales				
megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
Antineoplastic Hormonal Agents / Antineoplásicos Hormonales				
anastrozole 1 mg tab	1	Preferred	ARIMIDEX	
Folate Antagonists - Resectivos de Sulfonamidas / Antifolatos				
leucovorin calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg tab	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone Releasing Hormone Analogues / Análogos de la Hormona Liberadora de la Hormona Luteinizante				
LUPRON DEPOT 45 mg im kit	2	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA, C

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



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
Miscellaneous (misceláneos) / miscellaneous (misceláneos)				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
INTRON A 6000000 unit/ml, 10000000 unit, 18000000 unit, 50000000 unit		Non-Preferred		PA
Inhibitors of tumor necrosis factor (antagonists of TNF) / inhibidores de TNF (antagonistas de TNF)				
etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
Antifungals (antifúngicos)				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Antiseptics (antisépticos)				
chlorhexidine gluconate 0.12 % mouth/throat soln	1	Preferred	PERIDEX	
Anticholinergics (anticolinérgicos)				
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]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Antibiotics (Antibióticos)				
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	
Antipsychotics (Antipsicóticos)				
tretinoin 0.05 % crm,	2	Preferred	RETIN A	AL < 21 años
isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap	6	Preferred	Zenatane	
Antihistamines (Antihistamínicos)				
hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	ATARAX	
Antipsoriasis (Antipsoriasis)				
methoxsalen 10 m cap		Preferred	Oxsoralen	
Antifungal (Antifúngicos)				
selenium sulfide 2.5 % lot	1	Preferred	SELSUN	
nystatin 100000 unit/gm oint, crm	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Dermatological Skin Care (Cuidado Dermatológico de la Piel)				
fluorouracil 2 % soln, 5 % soln	3	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	4	Non-Preferred	EFUDEX	
Very High Potency (Alta Potencia)				
betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm	3	Non-Preferred	DIPROLENE	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % oint	4	Non-Preferred	DIPROLENE	
High Potency Topical Glucocorticoids (Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia)				
mometasone furoate 0.1 % oint, 0.1% crm, 0.1% soln	1	Preferred	ELOCON	

Handwritten initials/signature

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 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]
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Corticoides Tópicos de Potencia Media]				
triamcinolone acetonide 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	
Low Potency Topical Glucocorticoids [Corticoides Tópicos de Potencia Baja]				
hydrocortisone 2.5 % crm, 2.5 % lot, 2.5 % oint	1	Preferred	HYDROCORTISONE	
Permethrin and Lindane [Permetrina y Lindano]				
permethrin 5 % crm	3	Preferred	ELIMITE	QL= 60 gm.
lindane 1 % lot	4	Non-Preferred	LINDANE	QL = 60 cc, 30días, ST
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos]				
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	
Topical Antifungals [Antifúngicos Tópicos]				
clotrimazole 1 % crm	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
nystatin 100000 unit/gm oint, crm	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Calcipotriene and Acitretin [Calcipotrieno y Acitretina]				
calcipotriene 0.005 % crm	6	Non-Preferred	DOVONEX	
acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap	7	Non-Preferred	SORIATANE	
Bile Acid Sequestrants [Secuestrantes de Ácidos Biliares]				
cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácidos Fibrícos]				
gemfibrozil 600 mg tab	1	Preferred	LOPID	
HMG CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa de CoA]				
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 [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]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Non-Preferred	PRAVACHOL	
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PRAVACHOL	
Statins (HMG CoA Reductase Inhibitors)				
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	1	Preferred	BENTYL	
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	BENTYL	
Antispasmodics (Anticholinergics)				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
<i>1 gm/10ml susp</i>	3	Non-Preferred		
Antacids				
<i>CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt</i>	3	Preferred		C
<i>CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt</i>	5	Preferred		C
H2 Antagonists (Antagonists of Histamine 2)				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc</i>	6	Non-Preferred	GASTROCROM	PA

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
REVELA 0.8 gm pckt	8	Preferred		PA, C
REVELA 2.4 gm pckt, 800 mg tab	8	Preferred		PA, C
calcium acetate 667 mg cap.	3	Non-Preferred	PHOSLO	
ur n-c 81.6 mg tab	1	Preferred	URIN D/S	
URETRON D/S tab	1	Preferred		
URIMAR-T 120 mg tab	1	Preferred		
urin ds tab	1	Preferred	URIN D/S	
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]



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

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Androgens / Andrógenos				
testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln	2	Preferred	DEPO-TESTOSTERONE	
Antithyroid Agents / Agentes Antitiroideos				
methimazole 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
Calcium Salts / Sales de Calcio				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, C
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, C
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA, C
Dopamine Agonists / Agonistas de Dopamina				
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	
cabergoline 0.5 mg tab	3	Preferred	DOSTINEX	
Estrogens / Estrógenos				
medroxyprogesterone 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 mcg tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
medroxyprogesterone acetate 150mg/ml susp	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
Estrogens / Estrogeños				
estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	ESTRACE	
estropipate 0.75 mg tab, 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]



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

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab</i>	1	Preferred	SYNTHROID	
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		C
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln</i>	2	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	3	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace rhinal tube 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Non-Preferred		
ENBREL 25 mg sc kit, 25mg/0.5ml sc sol	9	Preferred		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		PA, C
Organ Transplant Services				
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 25 mg cap	4	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln</i>	4	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	5	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap</i>	5	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap	6	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	7	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 100 mg/ml soln	8	Preferred		aPA, C
Steroids				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
<i>dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DECADRON	OB-GYN

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
KENALOG 10 mg/ml inj susp	1	Preferred		
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
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	
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	CELESTONE SOLUSPAN	OB-GYN
Organ, tissue, or cell transplantation				
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	CELLCEPT	aPA
tacrolimus 0.5 mg cap	3	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		aPA, C
tacrolimus 1 mg cap	4	Non-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		aPA, C
tacrolimus 5 mg cap	6	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		aPA

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
mesalamine rectal enema 4 gm	4	Preferred	ROWASA	
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		C
ASACOL HD 800 mg tab dr	6	Preferred		C
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) Immunomoduladores (TNF and Non-TNF)				
ENBREL 25 mg sc kit, 25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C
ENBREL 50mg/ml sc sol	9	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/0.2 ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13	Preferred		PA, C
Hydrocortisone (Corticosteroids) Hidrocortisona (Corticosteroides)				
hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema	2	Preferred	COLOCORT	
Sulfasalazine (Sulfonamides) Sulfasalazina (Sulfonamidas)				
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	
Calcitriol (Vitamin D) Calcitriol (Vitamina D)				
calcitriol 0.25 mcg cap	1	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 0.5 mcg cap	2	Preferred	ROCALTROL	

[Handwritten initials]

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>levocarnitine 1 gm/10ml soln, 330 mg tab</i>	3	Preferred	CARNITOR	
<i>DEPEN TITRATABS 250 mg tab</i>	25	Preferred		PA
<i>potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln</i>	1	Preferred	KAY-CIEL	
<i>potassium chloride crys er 10 meq tab er, 20 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er</i>	2	Preferred	MICRO-K	
<i>potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral solution</i>	4	Preferred	KAON CL	
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	
<i>classic prenatal 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i> prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i> prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i> prenatal formula 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i> prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i> prenatal plus iron 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATABS	OB-GYN
<i> prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
MEPHYTOIN 5 mg tab	6	Non-Preferred		
Antispasmodic Agents [Agentes Antiespasmódicos]				
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LIORESAL	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	Preferred	DANTRIUM	
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	3	Preferred	DANTRIUM	
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculares Esqueléticos]				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	
Nasal Anticholinergic [Anticolinérgicos Nasales]				
<i>ipratropium bromide 0.03 % nasal soln</i>	2	Non-Preferred	ATROVENT	
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales]				
<i>cromolyn sodium 5.2 mg/act nasal aerosol sol</i>	1	Preferred	NASALCROM	
Nasal Steroids [Corticoides Nasales]				
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp</i>	1	Preferred	FLONASE	QL = 1 pompa / 30 días
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	Preferred	ALPHAGAN	
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	1	Preferred	TRUSOPT	
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	Preferred	COSOPT	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [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]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	Non-Preferred	BETOPTIC	
<i>Miotics [Mióticos]</i>				
<i>pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln</i>	3	Preferred	ISOPTOCARPINE	
<i>Anticholinergics [Mídráticos]</i>				
<i>atropine sulfate 1 % ophth oint, 1 % ophth soln</i>	1	Preferred	ISO-ATROPINE	
<i>Nonsteroidal Antiinflammatory Agents (NSAIDs) [Antiinflamatorios No Esteroidales]</i>				
<i>diclofenac sodium 0.1 % ophth soln</i>	1	Preferred	VOLTAREN	QL = max 30 días / 365 días
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	ACULAR	QL = max 30 días / 365 días
<i>Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oculares]</i>				
<i>1. A ciprofloxacin hcl 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	CILOXAN	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint, 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	
<i>ofloxacin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	OCUFLOX	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth soln</i>	1	Preferred	POLYTRIM	
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	TOBREX	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth oint</i>	3	Non-Preferred	BACITRACIN	
<i>Ophthalmic Antiviral Agents [Antivirales Oculares]</i>				
<i>trifluridine 1 % ophth soln</i>	4	Non-Preferred	VIROPTIC	PA
<i>Ophthalmic Prostaglandin Synthetase Inhibitors</i>				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	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]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Combination Products [Productos Combinados]				
neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 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 % ophth susp	3	Preferred	FML LIQUIFILM	
Miscellaneous Ophthalmics [Oftalmicos Miscelaneos]				
acetic acid 2 % otic soln	2	Preferred	VOSOL	
Otic Antibiotics [Antibioticos Otipos]				
neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp	2	Preferred	CORTISPORIN	
cipro hc 0.2-1 % otic susp	1	Preferred		
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinergicos]				
ipratropium bromide 0.02 % inh soln	1	Preferred	ATROVENT	
Antileukotriens [Antiinflamatorios]				
montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew	1	Preferred	SINGULAIR	
Inhalant Corticosteroids [Corticoides Inhalados]				
benzonatate 100 mg cap	1	Preferred	TESSALON	
guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln	1	Preferred	CHERATUSSIN	
Specialty Products [Productos para Especialidad]				
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im soln	9	Preferred		PA, C
SYNAGIS 100 mg/ml im soln	11	Preferred		PA, C

WJH

L.H.A.H.

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
ADVAIR HFA 115-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp</i>	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, C
ADVAIR DISKUS 500-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
<i>cetirizine HCl oral soln 1 MG/ML (5 MG/5ML)</i>	1	Preferred	ZYRTEC	OTC
<i>loratadine 5 mg/5ml soln, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
<i>loratadine 10 mg tab</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
<i>theophylline er 100 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr, 300 mg tab er 12 hr, 450 mg tab er 12 hr</i>	1	Preferred	THEO-DUR	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
Sympathomimetics / Agonistas alfa-2				
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	
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	2	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
Immunomodulators / Inhibidores de TNF				
ENBREL 25 mg sc kit, 25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C
ENBREL 50mg/ml sc sol	9	Preferred		PA, C
ORENCIA 125 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe, 125 mg/ml ClickJect sc sol Autoinjector	10	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/ 0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13	Preferred		PA, C
Non-Biologic Agents / Agentes No Biológicos				
methotrexate 2.5 mg tab	2	Preferred	METHOTREXATE	
leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab	4	Non-Preferred	ARAVA	PA
DEPEN TITRATABS 250 mg tab	25	Preferred		PA

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



A

abacavir sulfate	36
abacavir-lamivudine-zidovudine	36
acarbose	26
acetaminophen-codeine	18
acetazolamide	30
acetic acid	59
acitretin	46
ACTIMMUNE	44
acyclovir	35
ADEMPAS	41
ADVAIR DISKUS	60
ADVAIR HFA	60
ADVATE	48
AFINITOR	43
albuterol sulfate	61
alendronate sodium	39
ALKERAN	42
allopurinol	28
alyacen 1/35	50
amantadine hcl	33, 34
AMICAR	49
amiodarone hcl	40
amitriptyline hcl	25
amlodipine besylate	29
amoxicillin	21
amoxicillin-pot clavulanate	21
ampicillin	21
AMPYRA	41
anastrozole	43
ARANESP (ALBUMIN FREE)	38
ASACOL HD	55
aspirin	39
aspirin low dose	39
atenolol	30
atenolol-chlorthalidone	30
atorvastatin calcium	46
ATRIPLA	35
atropine sulfate	58
AVONEX	41
AVONEX PEN	41
AVONEX PREFILLED	41
AZASAN	54
azathioprine	54
azithromycin	20

B

bacitracin	58
baclofen	57
BENEFIX	49

benzonatate	59
benztropine mesylate	33
betamethasone dipropionate aug	45
betamethasone sod phos & acet	54
betamethasone valerate	46
BETASERON	42
betaxolol hcl	58
bicalutamide	42
BICILLIN L-A	21, 22
BILTRICIDE	33
brimonidine tartrate	57
bromocriptine mesylate	34, 50
budesonide	60
bumetanide	30
butalbital-apap-caffeine	18

C

cabergoline	50
calcipotriene	46
calcitriol	55
calcium acetate	48
CAPASTAT	32
capecitabine	43
CARAFATE	47
carbamazepine	23, 24
carbamazepine er	24
carbidopa-levodopa	34
carbidopa-levodopa er	34
carbidopa-levodopa-entacapone	34
carvedilol	31
cefaclor	22
cefadroxil	20
cefdinir	22
cefprozil	22
cephalexin	20
Cetirizine HCl	60
childrens loratadine	60
chlorhexidine gluconate	44
chloroquine phosphate	33
chlorothiazide	31
chlorthalidone	31
cholestyramine	46
cilostazol	39
cipro hc	59
ciprofloxacin	22
ciprofloxacin hcl	22, 58
clarithromycin	20
classic prenatal	56
clindamycin hcl	20
clindamycin phosphate	23, 45
clonazepam	19, 23
clonidine hcl	28

SALUD FÍSICA



clopidogrel bisulfate
 clotrimazole
 codeine sulfate
 colchicine
 COLCRYS
 COPAXONE
 cortisone acetate
 CREON
 cromolyn sodium
 CRYSELLE-28
 CUPRIMINE
 cyanocobalamin
 cyclobenzaprine hcl
 cycloserine
 cyclosporine
 cyclosporine modified

D

dantrolene sodium
 dapsona
 DARAPRIM
 DELZICOL
 DEPEN TITRATABS
 desmopressin ace rhinal tube
 desmopressin ace spray refrig
 desmopressin acetate
 desmopressin acetate spray
 dexamethasone
 dexamethasone sodium phosphate
 diazepam
 diclofenac sodium
 diclofenac sodium
 dicyclomine hcl
 diosanosine
 digox
 digoxin
 DILANTIN
 diltiazem hcl
 diltiazem hcl er
 diltiazem hcl er beads
 diltiazem hcl er coated beads
 dilt-xr
 DIURIL
 divalproex sodium
 donepezil hcl
 dorzolamide hcl
 dorzolamide hcl-timolol mal
 doxepin hcl
 doxycycline monohydrate
 duloxetine

E

ELIQUIS
 EMTRIVA

39
 44, 46
 18
 28
 28
 41
 54
 47
 47, 57
 50
 56, 61
 37
 57
 32
 53
 53

ENBREL
 enoxaparin sodium
 EPIVIR
 EPZICOM
 ergoloid mesylates
 ERYTHROCIN STEARATE
 erythromycin
 erythromycin base
 erythromycin ethylsuccinate
 estradiol
 estradiol-norethindrone acet
 estropipate
 ethambutol hcl
 ethosuximide
 etoposide

52, 55, 61
 39
 36
 35
 25
 20
 45
 20
 20
 50
 51
 50
 32
 24
 44

F

famotidine
 fentanyl
 ferrous sulfate
 finasteride
 flecainide acetate
 FLOVENT DISKUS
 FLOVENT HFA
 fluconazole
 fludrocortisone acetate
 fluorometholone
 fluorouracil
 flurazepam hcl
 flutamide
 fluticasone propionate
 folic acid
 fosinopril sodium
 furosemide
 FUZEON

47
 17
 39
 36
 40
 60
 60
 33
 51
 59
 45
 19
 42
 57
 39
 28
 30
 35

G

gabapentin
 gemfibrozil
 gentamicin sulfate
 GILENYA
 GLEEVEC
 glimepiride
 glipizide
 GLUCAGON EMERGENCY
 guaifenesin-codeine

23, 24
 46
 58
 41
 43
 27
 27
 26
 59

H

heparin sodium (porcine)
 heparin sodium (porcine) pf
 HUMALOG
 HUMALOG MIX 50/50

37
 37
 27
 26



SALUD FÍSICA

HUMALOG MIX 75/25
 HUMIRA
 HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START
 HUMIRA PEN
 HUMIRA PEN-CROHNS STARTER
 HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER
 HUMULIN 70/30
 HUMULIN N
 HUMULIN R
hydalazine hcl
hydrochlorothiazide
hydrocodone-acetaminophen
hydrocortisone
hydrocortisone ace-pramoxine
hydromorphone hcl
hydroxychloroquine sulfate
hydroxyurea
hydroxyzine hcl
hydroxyzine pamoate

A.H.M.

I
ibuprofen
imatinib
imipramine hcl
indapamide
indomethacin
 INFED
insulin syringe/needle
 INTELENCE
 INTRON A
ipratropium bromide
 ISENTRESS
isoniazid
isosorbide mononitrate
isosorbide mononitrate er
isotretinoin
itraconazole

K
 KENALOG
ketoconazole
ketorolac tromethamine
 KOGENATE FS
 KOGENATE FS BIO-SET
 KOMBIGLYZE XR

L
lamivudine
lamivudine-zidovudine
lamotrigine
lamotrigine chew tab
 LANTUS

26
 53, 55, 61
 55
 55
 55
 55
 26
 26
 27
 31
 31
 18
 46, 54, 55
 48
 18, 19
 33
 42
 45
 19

LANTUS SOLOSTAR
latanoprost
leflunomide
leucovorin calcium
 LEUKERAN
leuprolide acetate
levetiracetam
levetiracetam er 24 hrs
levobunolol hcl
levocarnitine
levofloxacin
levothyroxine sodium
lidocaine viscous
lindane
lisinopril
lisinopril-hydrochlorothiazide
lomustine
loratadine
lorazepam
losartan potassium
losartan potassium-hctz
 LOW-OGESTREL
 LUPRON DEPOT
 LUPRON DEPOT-PED

M

MACRODANTIN
 MATULANE
 MEDROL
medroxyprogesterone acetate
megestrol acetate
meloxicam
meperidine hcl
 MEPHYTON
mercaptopurine
mesalamine
 MESTINON
metformin hcl
metformin hcl er
methadone
 METHADONE
methimazole
methotrexate
methoxsalen
methyldopa
methylprednisolone
methylprednisolone (pak)
metoclopramide hcl
metolazone
metoprolol succinate er
metoprolol tartrate
metoprolol-hydrochlorothiazide
metronidazole
mexiletine hcl



SALUD FÍSICA

midazolam hcl
 minocycline hcl
 minoxidil
 misoprostol
 mometasone furoate
 montelukast sodium
 morphine sulfate
 morphine sulfate (concentrate)
 morphine sulfate er
 mupirocin
 mycophenolate mofetil
 mycophenolic acid
 MYLERAN

N

nabumetone
 NAMENDA
 naproxen
 naproxen dr
 NEBUPENT
 neomycin-polymyxin-dexamethasone
 neomycin-polymyxin-hc
 NEORAL
 NEULASTA
 NEUPOGEN
 nevirapine
 nevirapine er
 NEXAVAR
 nifedipine er osmotic
 nitrofurantoin macrocrystal
 nitrofurantoin monohyd macro
 nitrofurantoin oral suspension
 nitroglycerin
 NITROSTAT
 NORDITROPIN FLEXPRO
 NORDITROPIN NORDIFLEX PEN
 nortriptyline hcl
 nystatin

O

octreotide acetate
 ofloxacin
 omeprazole
 ondansetron
 ondansetron hcl
 ONGLYZA
 ORENCIA
 oseltamivir phosphate
 oxcarbazepine
 oxybutynin chloride
 oxycodone-acetaminophen

19
 22
 31
 47, 51
 45
 59
 18
 18
 17
 46
 54
 54
 42

17
 25
 17
 17
 33
 59
 59
 53
 37
 37
 35
 35
 43
 29, 30
 20, 21
 21
 21
 41
 41
 51
 51
 25
 33, 44, 45, 46

P

penicillin g procaine
 penicillin v potassium
 pentoxifylline er
 permethrin
 phenazopyridine hcl
 phenobarbital
 phenytoin
 phenytoin sodium extended
 pilocarpine
 pilocarpine hcl
 PIN-X
 pioglitazone hcl
 polymyxin b-trimethoprim
 potassium chloride
 potassium chloride crys er
 potassium chloride er
 pramipexole dihydrochloride
 pravastatin sodium
 prednisolone
 prednisolone acetate
 prednisolone sodium phosphate
 prednisone
 prednisone (pak)
 prenatal
 prenatal 19
 prenatal formula
 prenatal low iron
 prenatal plus iron
 prenatal vitamins
 primidone
 probenecid
 prochlorperazine
 prochlorperazine edisylate
 prochlorperazine maleate
 PROCRT
 promethazine hcl
 propafenone hcl
 propranolol hcl
 propylthiouracil
 pyrazinamide
 pyridostigmine
 pyridostigmine bromide

21
 21
 40
 46
 48
 23, 24
 24
 24
 44
 58
 33
 26
 58
 56
 56
 56
 34
 47
 54
 59
 59
 54
 54
 56
 56
 56
 56
 56
 56
 56
 56
 56
 23
 28
 28
 27
 28
 38
 27
 40
 31, 40
 50
 32
 32
 32

Q

quinidine gluconate er
 quinidine sulfate
 quinidine sulfate er

40
 40
 40

R

ranitidine hcl
 RAPAMUNE

47
 54



SALUD FÍSICA

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

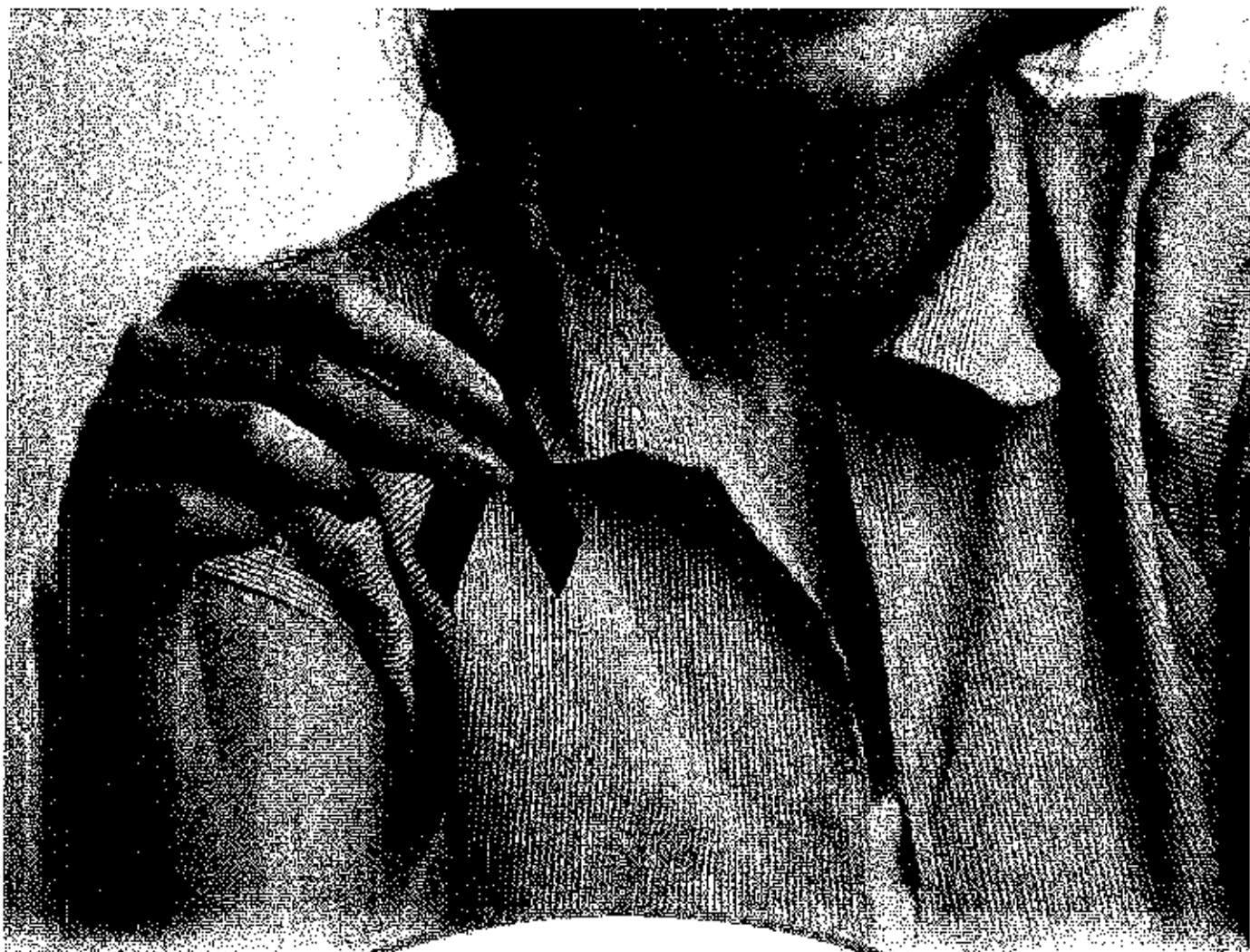


ASES
Administración de Seguros de Salud Física
SALUD FÍSICA

[Handwritten signature]

A.H.A.H.

ASES
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



Handwritten initials

ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

A.H.H.

VIH-SIDA

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



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

15-107-11



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosello Méndez
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

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

Cordialmente,


Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva





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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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





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

[Handwritten initials]
A.H.A.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 trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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





PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)
2017

TABLA DE CONTENIDO

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

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

Handwritten signature

A.H.A.H.



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

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

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



Drug Name (Nombre del medicamento)	Net Cost Range (Rango de Costo Neto)	Tier (Tercer)	Reference Name (Nombre para Referencia)	Requirements/Limits (Requisitos/Límites)
THERAPEUTIC CATEGORY (CATEGORÍA TERAPÉUTICA)				
Therapeutic Class (Clase Terapéutica)				
Local Anesthetics (Anestésicos Locales)				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
Antibiotics (Antibióticos)				
<i>streptomycin sulfate 1 gm im soln</i>	4	Preferred	STREPTOMYCIN	
Antibiotics (Antibióticos)				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pack, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
<i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>	3	Preferred		

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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



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

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

A.H.A.

W.B.

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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



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



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]
clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	
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	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	CIPRO	
levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	LEVAQUIN	
ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp	3	Preferred	CIPRO	



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]
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	Preferred	SULFADIAZINE	
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	MINOCIN	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Non-Preferred	MONODOX	
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifampin 150 mg cap</i>	1	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	
<i>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>			MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
<i>RIFAMATE 50-300 mg cap</i>				
<i>TREGATOR 250 mg tab</i>				
<i>CAPASTAT 1 gm inj</i>				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DIFLUCAN	

A.H.A.

set



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]
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	1	Preferred	NIZORAL	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	Preferred	LAMISIL	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	2	Preferred	DIFLUCAN	
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i>	4	Preferred	VFEND	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	5	Preferred	SPORANOX	
SPORANOX 10 mg/ml soln	6	Preferred		
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	8	Preferred	VFEND	
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	10	Preferred	VFEND	
ALBENZA 200 mg tab	9	Preferred		
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		PA
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Preferred		
<i>atovaquone 750 mg/5ml susp</i>	9	Non-Preferred	MEPRON	
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	1	Preferred	VIRAMUNE	
<i>nevirapine 50 mg/5ml susp</i>	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Non-Preferred		
SUSTIVA 200 mg cap	6	Preferred		P
<i>nevirapine er 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr</i>	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 50 mg cap, 600 mg tab	7	Preferred		P
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	

A.H.H.



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]
<i>stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	Preferred	ZERIT	
<i>didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr</i>	4	Non-Preferred	VIDEX EC	
<i>lamivudine 10 mg/ml soln</i>	4	Preferred	EPIVIR	
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	4	Preferred	EPIVIR	
<i>zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr</i>	4	Non-Preferred	RETROVIR	
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	5	Non-Preferred	ZIAGEN	
<i>didanosine 400 mg cap dr</i>	5	Non-Preferred	VIDEX EC	
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	5	Preferred	EPIVIR	
<i>VIDEX 2 gm soln</i>	5	Non-Preferred		
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	6	Preferred	EPIVIR	PA
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	6	Preferred	COMBIVIR	
<i>ZIAGEN 20 mg/ml soln</i>	6	Non-Preferred		
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 3000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P

A.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Limites]
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.3ml inj soln, 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	Preferred	MEGACE	
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</i>	9	Non-Preferred	LEUCOVORIN	
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	

Handwritten initials

Handwritten initials



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]
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
<i>MEDROL 2 mg tab</i>	1	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	

A.H.H.



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

ASES
 VIH-SIDA

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

S

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

T

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

V

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

Z

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

Handwritten signature

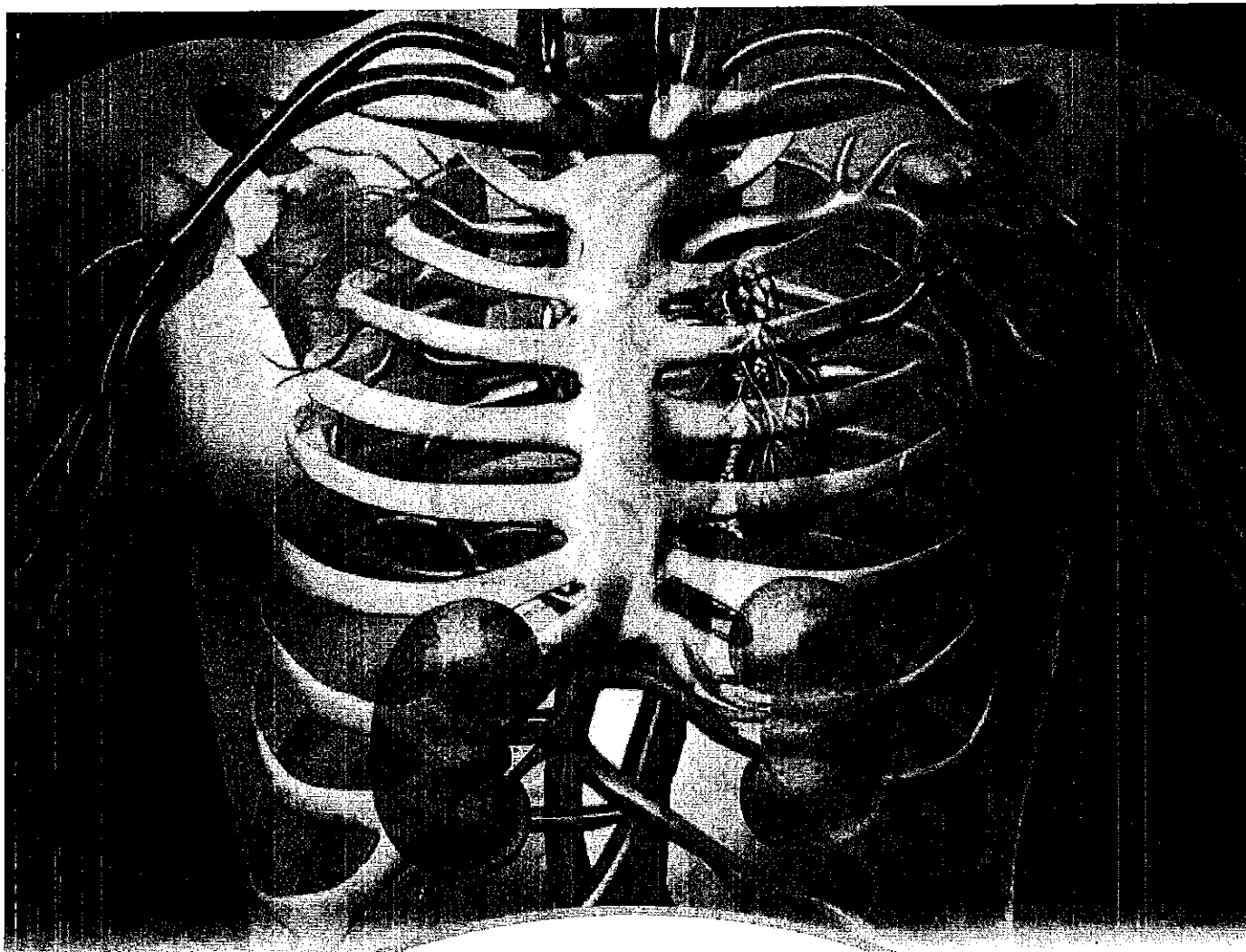


Handwritten signature

ASB

A.H.H.





Handwritten signature

ASES

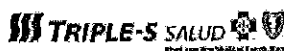
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

A.H.A.

Nefrología

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-107-08

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



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Novais
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

Handwritten initials

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

A.H.A.

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

Cordialmente,

Handwritten signature of Angela M. Avila Marrero
Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva



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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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





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



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

SA
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

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

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

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

 RANGO DE COSTO NETO MENSUAL..... 9

 MEDICAMENTOS GENÉRICOS..... 10

ANALGESICS [ANALGÉSICOS]..... 11

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

ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] 11

 First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] 11

 Macrolides [Macrólidos] 11

 Penicillins [Penicilinas]..... 12

 Quinolones [Quinolonas] 12

 Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación] 13

 Sulfonamides [Sulfonamidas] 13

 Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación] 13

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

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

 Biguanides [Biguanidas] 13

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

 Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas] 13

 Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin] 14

 Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia] 14

 Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración] 14

 Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración] 14

 Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración] 14

 Sulfonylureas [Sulfonilureas]..... 14



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



Administración de Seguros de Salud

NEFROLOGIA

HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] 20

 Calcimimetics [Calcimiméticos] 20

 Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] 20

 Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina] 20

IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] 20

 Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina] 20

 Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] 21

 Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes] 21

MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS] 22

 Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] 22

 Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo De Electrolitos/Minerales] 22

 Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras De Potasio] 22

Handwritten signature

A.H.A.H.





NEFROLOGIA

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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
Nonsteroidal Anti-inflammatory Agents (NSAIDs), Anti-inflammatory (Nonsteroidal)				
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
indomethacin er 75 mg cap er	2	Non-Preferred	INDOCIN	
First Generation Cephalosporins (Cephalosporin 1st Generation)				
cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	†	Preferred	KEFLEX	
cefedroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
cephalexin 250 mg/5ml susp	2		KEFLEX	
cefedroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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



1	menos de \$20	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

A.H.A.H.

J.F.A.

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORIA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
[REDACTED]				
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
[REDACTED]				
cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	1	Preferred	KEFLEX	
cefadroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
cephalexin 250 mg/5ml susp	2		KEFLEX	
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
[REDACTED]				
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		
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		



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		
Penicilinas (Penicilinas)				
amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab	1	Preferred	AMOXIL	
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	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
Ciprofloxacina (Ciprofloxacina)				
ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	CIPRO	
levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	LEVAQUIN	
ciprofloxacin 500 mg/5ml (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]
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
Second Generation Cephalosporins (Cefalosporinas de Segunda Generación)				
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	
Sulfonamides/Sulfonamides				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
Third Generation Cephalosporins (Cefalosporinas de Tercera Generación)				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	
Alpha Glucosidase Inhibitors (Inhibidores de Alfa Glucosidasa)				
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	Preferred	PRECOSE	
Oral Glucosidase Inhibitors (Inhibidores de Alfa Glucosidasa)				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE XR	
Diabetic Oral Medications (Medicamentos Orales para Diabetes)				
<i>KOMBIGLYZE XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr</i>	3	Preferred		ST, P
<i>ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	3	Preferred		ST, P
Insulin Medications (Medicamentos de Insulina)				
<i>HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp</i>	2	Preferred		P



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

Handwritten initials

A.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	COZAAR	
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	HYZAAR	
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MONOPRIL	
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTRIL	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NORVASC	
<i>diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab</i>	1	Preferred	CARDIZEM	
<i>diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	



ASES
 NEFROLOGIA

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 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 cap er 24 hr	2	Preferred	TIAZAC	
diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr	2	Preferred	CARDIZEM CD	
nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr	2	Preferred	PROCARDIA XL	
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	
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	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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	
Non-Sedative Beta Blockers [Bloqueadores Beta No Sedativos]				
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	
Non-Sedative Beta Blockers [Bloqueadores Beta No Sedativos]				
Diuretics [Diuréticos]				
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 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	
Sulfone Beta Blockers [Bloqueadores Beta Sulfonados]				
carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	1	Preferred	COREG	
Alpha-1 Blockers [Bloqueadores Alfa-1]				
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	1	Preferred	FLOMAX	





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, P
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	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]
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5			
MEGESTROL ACETATE				
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	Preferred	MEGACE	
INSULIN SYRINGE/NEEDLE				
<i>insulin syringe/needle</i>	1	Preferred		
CHOLESTYRAMINE				
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	
GEMFIBROZIL				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	
ATORVASTATIN				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	
PRAVASTATIN				
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Non-Preferred	PRAVACHOL	
SIMVASTATIN				
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	
PRAVASTATIN SODIUM				
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PRAVACHOL	
FAMOTIDINE				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	

Handwritten initials: J.F.H.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	
Calcium Antagonists [Antihipertensivos]				
RENVELA 0.8 gm pckt	6	Preferred		PA, P
RENVELA 2.4 gm pckt, 800 mg tab	7	Preferred		PA, P
<i>calcium acetate 667 mg cap.</i>	3	Non-Preferred	PHOSLO	
Calcium Inhibitors [Antihipertensivos]				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA
Mineralocorticoids [Antihipertensivos]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
Secretin Analogs [Antihipertensivos]				
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln</i>	2	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	3	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Non-Preferred		PA
Cyclosporine Analogs [Inmunosupresores]				
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	PA, P
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	PA
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		PA, P



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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>mycophenolate mofetil 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	3	Non-Preferred	PROGRAF	PA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		PA, P
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>mycophenolic acid 180 mg tab dr</i>	5	Preferred	MYFORTIC	PA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6			PA, P
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>	7	Preferred	MYFORTIC	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		PA
Calcitriol (Deltacina) - Calcitriol (Deltacina) - Calcitriol (Deltacina)				
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	1	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 1 mcg/ml soln</i>	5	Preferred	ROCALTROL	
Potassium Chloride (Klor-Con) - Potassium Chloride (Klor-Con) - Potassium Chloride (Klor-Con)				
<i>potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln</i>	1	Preferred	KAY-CIEL	
<i>potassium chloride crys er 10 meq tab er, 20 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq tab er, 8 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er</i>	2	Preferred	MICRO-K	
<i>potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral liquid</i>	4	Preferred	KAON CL	
Potassium Polystyrene Sulfonate (Kayexalate) - Potassium Polystyrene Sulfonate (Kayexalate) - Potassium Polystyrene Sulfonate (Kayexalate)				
<i>kalexate oral pwdr</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral pwdr, 15 gm/60ml susp</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	



A

acarbose	13
amlodipine besylate	15
amoxicillin	12
amoxicillin-pot clavulanate	12
ampicillin	12
ARANESP (ALBUMIN FREE)	18
atenolol	16
atenolol-chlorthalidone	16
atorvastatin calcium	19
azathioprine	21
azithromycin	11

B

BICILLIN L-A	12
bumetanide	17

C

calcitriol	22
calcium acetate	20
carvedilol	17
cefactor	13
cefadroxil	11
cefdinir	13
cefprozil	13
cephalexin	11
chlorothiazide	17
chlorthalidone	17
cholestyramine	19
ciprofloxacin	12, 13
ciprofloxacin hcl	12
clarithromycin	11
cyanocobalamin	18
cyclosporine	21
cyclosporine modified	20, 21

D

desmopressin ace spray refrig	20
desmopressin acetate	20
desmopressin acetate spray	20
dexamethasone	21
DEXFERRUM	19
diltiazem hcl	15
diltiazem hcl er	15
diltiazem hcl er beads	15, 16
diltiazem hcl er coated beads	15, 16
dilt-xr	15
DIURIL	17

E

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

F

famotidine	19
fludrocortisone acetate	20
folic acid	18
fosinopril sodium	15
furosemide	17

G

gemfibrozil	19
glimperide	14
glipizide	14

H

HUMALOG	14
HUMALOG MIX 50/50	14
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	14
HUMALOG MIX 75/25	14
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	14
HUMULIN 70/30	13
HUMULIN N	14
HUMULIN R	14
hydrochlorothiazide	17
hydrocortisone	21

I

indomethacin	11
INFED	19
insulin syringe/needle	19
iron	19

K

kalexate	22
KOMBIGLYZE XR	13

L

LANTUS	14
--------------	----

LANTUS SOLOSTAR14
 levofloxacin12
 lisinopril15
 lisinopril-hydrochlorothiazide15
 losartan potassium15
 losartan potassium-hctz15

M

MEDROL21
 megestrol acetate19
 metformin hcl13
 metformin hcl er13
 methylprednisolone21
 methylprednisolone (pak)21
 metoclopramide hcl14
 metolazone17
 metoprolol succinate er16
 metoprolol tartrate16
 metoprolol-hydrochlorothiazide16
 mycophenolate mofetil22
 mycophenolic acid22

N

NEORAL 20, 21
 nifedipine er osmotic16

[Handwritten signature]
 O

ONGLYZA13

P

penicillin g procaine12
 penicillin v potassium12
 pioglitazone hcl14

A.H.A.



potassium chloride22
 potassium chloride crys er22
 potassium chloride er22
 pravastatin sodium19
 prednisolone21
 prednisone21
 prednisone (pak)21
 PROCIT18
 propranolol hcl17

R

ranitidine hcl20
 RAPAMUNE22
 RENVELA20

S

SANDIMMUNE21
 SENSIPAR20
 simvastatin19
 sirolimus22
 sodium polystyrene sulfonate22
 STIMATE20
 sulfamethoxazole-tpm ds13
 sulfamethoxazole-trimethoprim13

T

tacrolimus22
 tamsulosin hcl17
 terazosin hcl15

V

verapamil hcl16
 verapamil hcl er16

[Handwritten signature]

A.H.A.





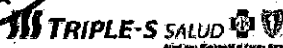
ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

Salud Mental

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-105-07



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Ángela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

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

Cordialmente,


Ángela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva





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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

29/6
A.H.A.H.





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

TABLA DE CONTENIDO

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

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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
Category [Categoría]				
buprenorphine hcl 2 mg tab subl, 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA
SUBOXONE subl film 2-0.5 mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg	4	Preferred		PA, C
Category [Categoría]				
b-1 100 mg tab	1	Preferred	THIAMINE	QL
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	
folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	QL, OTC
ibuprofen 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL
loperamide hcl 2 mg cap	1	Preferred	IMODIUM	QL

[Handwritten signature]
A.H.A.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

A. H. A. H.

J. A. B.

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
Substituted Products [Productos Sustituidos]				
buprenorphine hcl 2 mg tab subl, 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA
SUBOXONE subl film 2-0.5 mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg	4	Preferred		PA, C
Drug Name [Nombre del Medicamento]				
b-1 100 mg tab	1	Preferred	THIAMINE	QL
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	
folic acid 1 mg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	QL
ibuprofen 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL
loperamide hcl 2 mg cap	1	Preferred	IMODIUM	QL
Drug Name [Nombre del Medicamento]				
clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	
diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	
diazepam 1 mg/ml soln	2	Non-Preferred	VALIUM	
DIAZEPAM INTENSOL 5 mg/ml oral conc	2	Non-Preferred		
lorazepam 2 mg/ml oral conc	2	Non-Preferred	ATIVAN	
Drug Name [Nombre del Medicamento]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	

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



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

SA

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]



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	
The following are off-invoice				
amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab	1	Preferred	ELAVIL	
A.H.A. doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAN	
imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOFRANIL	
W.S.D. nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	PAMELOR	
doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap	2	Preferred	SINEQUAN	
The following are off-invoice				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
The following are off-invoice				
olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	ZYPREXA	
quetiapine fumarate 25 mg tab	1	Preferred	SEROQUEL	

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



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

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
chlorpromazine hcl 25 mg tab	2	Preferred	THORAZINE	
haloperidol 5 mg tab	2	Preferred	HALDOL	
haloperidol decanoate 50 mg/ml im soln	2	Preferred	HALDOL 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 mg/ml im soln	3	Preferred	HALDOL DECANOATE	
A.H.A. chlorpromazine hcl 200 mg tab	4	Preferred	THORAZINE	
haloperidol 20 mg tab	4	Preferred	HALDOL	
SA divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	
lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab	1	Preferred	LAMICTAL	
lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg	3	Non-Preferred	LAMICTAL	
lithium carbonate 150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap	1	Preferred	LITHIUM	
lithium carbonate er 300 mg tab er, 450 mg tab er	1	Preferred	LITHIUM	
olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	ZYPREXA	
quetiapine fumarate 25 mg tab	1	Preferred	SEROQUEL	

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



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

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
dextroamphetamine sulfate 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
ADHD Non-Amphetamines (No Amphetamines) ADHD				
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 cap, 80 mg cap	4	Preferred		PA, AL 6-20 años, P
Benzodiazepines (Benzodiazepines)				
flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	DALMANE	
temazepam 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	RESTORIL	
Sedatives (Sedatives)				
doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAN	
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]



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

thiothixene14, 15
trazodone hcl11

venlafaxine hcl12
venlafaxine hcl er12

V

valproic acid16

Z

zolpidem tartrate19



Handwritten signature

Handwritten signature

[Handwritten signature]

A. H. A. H.

