

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

A.H.H.

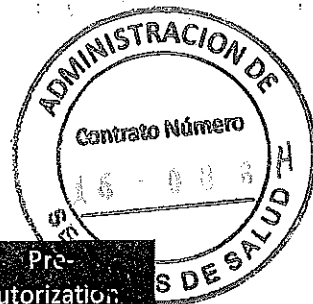
6



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre-authorization [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

L.H.A.

6



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	Tarceva Oral Tablet 25 MG	Y

1.1.1.1.

6



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

6



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

A.H.A.H.

✓



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre-authorization [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	Glucocorticosteroids	Entocort EC Oral Capsule Delayed Release Particles 3 MG	Y
CORTICOSTEROIDS	Glucocorticosteroids	Budesonide Oral Capsule Delayed Release Particles 3 MG	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Gel 0.05 %	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Gel 0.1 %	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Cream 0.05 %	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Cream 0.1 %	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Forteo Subcutaneous Solution 600 MCG/2.4ML	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	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.H.

✓



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.

C



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.

6



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [Pre- autorización] Y=Yes
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	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.

6

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- authorization [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



C



ASES

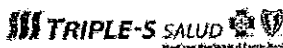
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



ObGyn

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



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

15-104-05

A.H.A.H.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Morales
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.ases.pr.gov.

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:

- 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 mandato 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 ASSES.
- C. ASSES 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, ASSES 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 ASSES 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 ASSES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASSES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASSES. 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, ASSES 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.

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.A.H.

13



PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

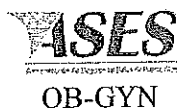
ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017.....	9
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	10
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]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

6

A.H.H.



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 [Immunoglobulinas].....	21
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	22
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]	22
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	22
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	22
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	22
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 No-Sedantes].....	22
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]	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]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgesicos Opioides De Corta Duración]				
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab	1	Preferred	PERCOCET	
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab	3	Preferred	PERCOCET	
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]				
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

(Handwritten signature)



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

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

A.H.A.
6



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides De Corta Duración]				
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
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]				
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
cephalexin 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]

A.H.A.

1/



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
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	

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

V

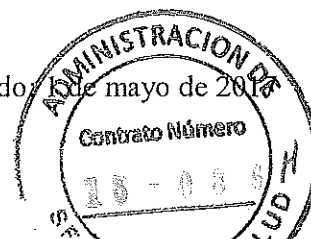


Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab	1	Preferred	VEETIDS	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 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 [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	
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	
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
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]

A.H.H.

13



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
clindamycin phosphate 2 % vag crm	3	Preferred	CLEOCIN	
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		P
HUMALOG MIX 75/25 (75- 25) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		P
HUMALOG MIX 50/50 (50- 50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		P
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		P
Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	3	Preferred		P
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		P
Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rapida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	4	Preferred		P
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		P
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	

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

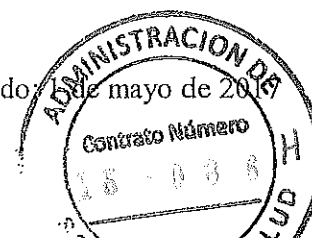
W



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]				
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ALDOMET	
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TENORMIN	
metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr	1	Preferred	LOPRESSOR	
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-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	

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

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]				
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalararicos]				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Preferred		PA
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]				
RELENZA DISKHALER 5 mg/blister inh aer pwdr	3	Preferred		
oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap	4	Preferred	TAMIFLU	
TAMIFLU 6 mg/ ml susp	5	Non-Preferred		
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleosidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]				
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	
zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr	4	Non-Preferred	RETROVIR	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
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]

A.H.H.

V



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

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]				
clotrimazole 1 % crm	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
nystatin 100000 unit/gm oint	1	Preferred	MYCOSTATIN	
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]				
insulin syringe/needle	1	Preferred		
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Úlceras]				
sucralfate 1 gm tab	1	Preferred	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
Histamine2 (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 Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios 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	
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea]				
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
CRYSSELLE-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

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

U



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

A.H.H.

C



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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]				
<i>prenatal tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]				
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Non-Preferred	ATROVENT	
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, P
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, P
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
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
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 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]

A.H.A.

U



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]				
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomimeticos]				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb soln</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	1	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, P



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



A

acyclovir.....	17
ADVAIR DISKUS.....	25, 26
ADVAIR HFA.....	25, 26
albuterol sulfate.....	26
alendronate sodium.....	19
alyacen 1/35.....	21
amoxicillin.....	12
amoxicillin-pot clavulanate.....	12, 13
ampicillin.....	12
atenolol.....	15
atenolol-chlorthalidone.....	15
azithromycin.....	11

B

betamethasone sod phos & acet.....	22
BICILLIN L-A.....	13
budesonide.....	25

C

CARAFATE.....	20
carvedilol.....	16
cefactor.....	13
cefdinir.....	13
cefprozil.....	13
cephalexin.....	11
clindamycin hcl.....	12
clindamycin phosphate.....	14
clotrimazole.....	20
CRYSELLE-28.....	21
cyanocobalamin.....	18

D

dapsone.....	17
dexamethasone.....	23
dexamethasone sodium phosphate.....	23
DEXFERRUM.....	19

E

E.E.S. GRANULES.....	12
ELINEST.....	21
ERYPED 200.....	12
ERYPED 400.....	12

ERY-TAB.....	11
ERYTHROCIN STEARATE.....	11
erythromycin base.....	11
erythromycin ethylsuccinate.....	11
estradiol.....	21
estradiol-norethindrone acet.....	22
estropipate.....	21, 22
ethambutol hcl.....	16

F

famotidine.....	20
FLOVENT DISKUS.....	25
FLOVENT HFA.....	25
fludrocortisone acetate.....	22
folic acid.....	18

H

heparin sodium (porcine).....	18
heparin sodium (porcine) pf.....	18
HUMALOG.....	14
HUMALOG MIX 50/50.....	14
HUMALOG MIX 75/25.....	14
HUMULIN 70/30.....	14
HUMULIN N.....	14
HUMULIN R.....	14
hydralazine hcl.....	16
hydrocortisone.....	24
hydrocortisone ace-pramoxine.....	21
hydroxyzine hcl.....	20
hydroxyzine pamoate.....	11

I

INFED.....	19
insulin syringe/needle.....	20
ipratropium bromide.....	25
iron.....	19
isoniazid.....	16

K

KENALOG.....	23, 24
--------------	--------

L

LANTUS.....	14
LANTUS SOLOSTAR.....	14

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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.H.A. *U*



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

M

MACRODANTIN.....	12
MEDROL.....	23
medroxyprogesterone acetate.....	21
methyl dopa.....	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

O

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

P

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

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
TRECATOR.....	17
trimethobenzamide hcl.....	14

V

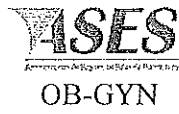
VAGIFEM.....	23
VENTOLIN HFA.....	26

Z

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



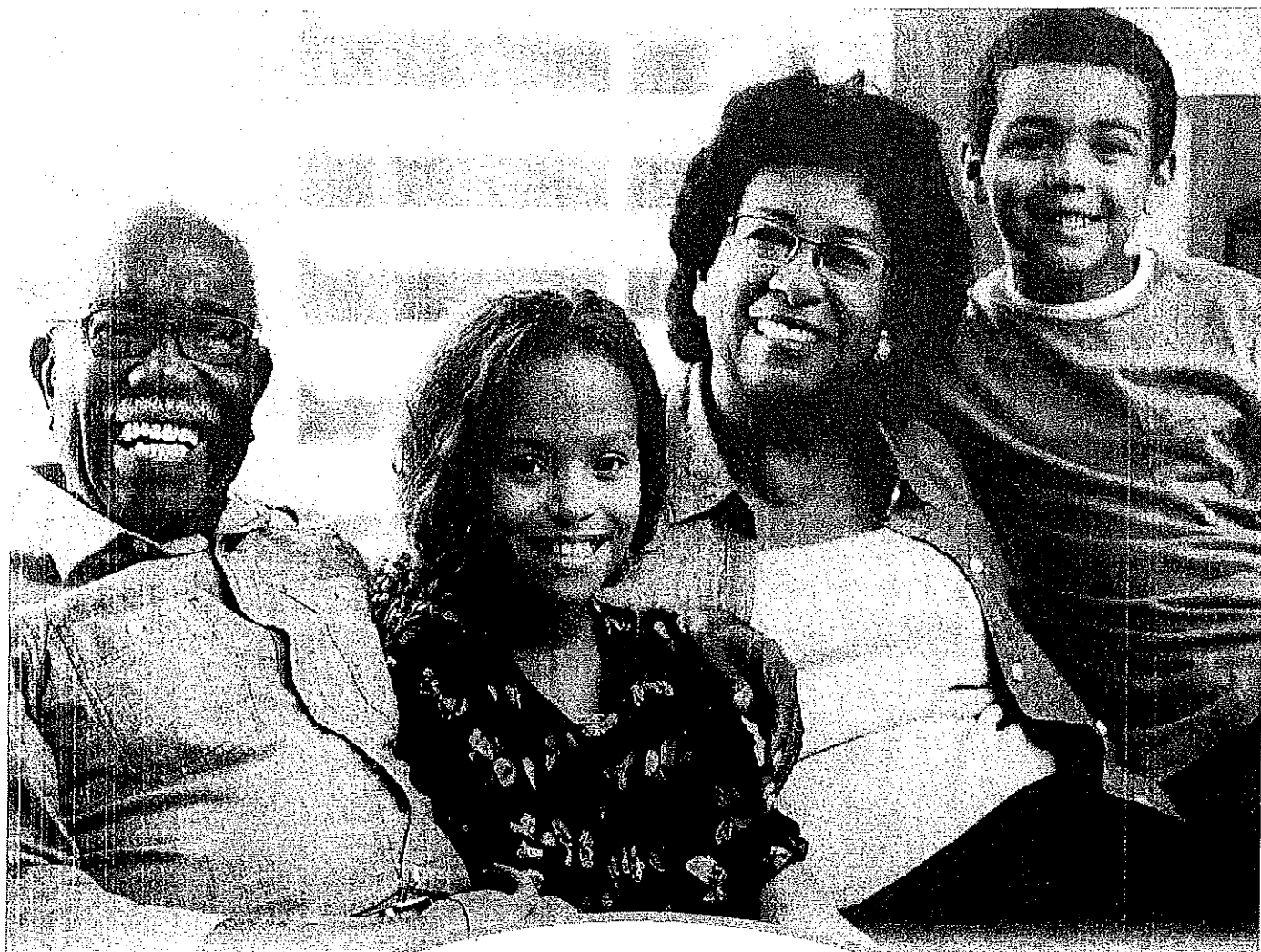
• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly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



Handwritten signature and vertical line.



Handwritten signature.



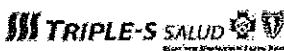
ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

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 Novales
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 (PMC) 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 PMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el PMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El PMC de Salud Mental será utilizado por los médicos aquiristas 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 PMC 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.

Confidencialmente,


Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva



A.H.H.

ASES
Administración de Seguros de Salud



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

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

A.H.A.H.

W



- 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 ASER.
- C. ASER 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, ASER 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 ASER 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 ASER. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASER, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASER. 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, ASER 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 ASER.

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 primary 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 Insulin]	18
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]	18
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]	18
Sulfonylureas [Sulfonilureas]	18
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]	18
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	18
Phenothiazines [Fenotiazinas]	18
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]	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

A.H.A.

C

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 [Precursores De Dopamina]	23
Monoamine Oxidase B (Mao-B) Inhibitors [Inhibidores De Mao-B]	23
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	23
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]	23
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

A.H.A.H. C

DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	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 OFTÁLMICOS]	29
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma].....	29
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]	29
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	29
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	29
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS].....	30
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	30
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos].....	30

A.H.A.H.

U

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.

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-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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>naproxen 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

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.

A.H.A.H.

U



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.



12

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]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios 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	
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=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

L.H.H.

6

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]				
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	QL=5 días
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
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
Macrolides [Macrólidos]				
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
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

U

A.H.H.

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 monohydrate 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

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

✓

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
levetiracetam 1000 mg tab, 750 mg tab	2	Preferred	KEPPRA	QL=5 días
oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab	2	Preferred	TRILEPTAL	QL=5 días
phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln	3	Preferred	ZARONTIN	QL=5 días
phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln	3	Preferred	PHENOBARBITAL	QL=5 días
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENTIA]				
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]				
donepezil hcl 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ARICEPT	QL=5 días
rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap	3	Preferred	EXELON	QL=5 días
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao]				
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	QL=5 días
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABETICOS]				
Alpha Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]				
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	QL=5 días
Biguanides [Biguanidas]				
metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL=5 días

[Handwritten signature]

A.H.A.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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 / 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 / 30 días, P
Short Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		QL= 1 vial / 30 días, P
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
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
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

✓

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]

A.H.H.

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

U

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
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 [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 ANTIMIGRAÑA]				
Beta Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]				
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOPAMAX	QL=5 días
ANTIBRONCHODILATOR AGENTS [AGENTES ANTIASMA]				
Parasympathomimetics [Parasimpatoimiticos]				
pyridostigmine bromide 60 mg tab	2	Preferred	MESTINON	QL=5 días

U

A.H.A.

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	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
Antituberculars [Antituberculosos]				
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				
TRECATOR 250 mg tab				
ANTI PARASITICS [ANTI PARASITARIOS]				
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
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		QL=5 días
ANTI PARKINSON AGENTS [AGENTES ANTI PARKINSON]				
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]				
amantadine hcl 50 mg/5ml syr	1	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días
pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab	1	Preferred	MIRAPEX	QL=5 días
ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	REQUIP	QL=5 días
ropinirole hcl 2 mg tab	2	Preferred	REQUIP	QL=5 días
amantadine hcl 100 mg cap	3	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días

✓

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días
carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab	4	Non-Preferred	STALEVO	QL=5 días
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab	5	Non-Preferred	STALEVO	QL=5 días
Dopamine Precursors [Precursores De Dopamina]				
carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab	1	Preferred	SINEMET	QL=5 días
carbidopa-levodopa 25-250 mg tab	2	Preferred	SINEMET	QL=5 días
carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er	2	Preferred	SINEMET CR	QL=5 días
Monoamine Oxidase B (Mao-B) Inhibitors [Inhibidores De Mao-B]				
selegiline hcl 5 mg tab	3	Preferred	CARBEX	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
Antiherpetic 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

U

A.H.H.

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

✓

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
sotalol hcl (af) 120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	QL=5 días
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	QL=5 días
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]				
quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL=5 días
quinidine gluconate er 324 mg tab er	2	Preferred	QUINAGLUTE	QL=5 días
quinidine sulfate er 300 mg tab er	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL=5 días
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]				
mexiletine hcl 150 mg cap	2	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
mexiletine hcl 200 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]				
flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TAMBOCOR	QL=5 días
propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab	1	Preferred	RYTHMOL	QL=5 días
flecainide acetate 150 mg tab	2	Preferred	TAMBOCOR	QL=5 días
propafenone hcl 300 mg tab	3	Preferred	RYTHMOL	QL=5 días
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]				
amiodarone hcl 200 mg tab	1	Preferred	CORDARONE	QL=5 días
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]				
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
Vasodilators [Vasodilatadores]				
isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	ISORDIL	QL=5 días

A.H.A.H.

17

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr	1	Preferred	IMDUR	QL=5 días
NITROSTAT 0.3 mg tab subli, 0.4 mg tab subli, 0.6 mg tab subli	1	Preferred		QL=5 días
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	QL=5 días, OTC
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp, 100000 unit/ml crm	1	Preferred	NYSTATIN	QL=5 días
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos]				
mupirocin 2 % oint	1	Preferred	BACTROBAN	QL=5 días
silver sulfadiazine 1 % crm	1	Preferred	SILVADENE	QL=5 días
gentamicin sulfate 0.1 % crm	2	Preferred	GARAMYCIN	QL=1 frasco / 5 días
gentamicin sulfate 0.1 % oint	2	Preferred	GARAMYCIN	QL=1 tubo / 5 días
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDEMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares]				
cholestyramine 4 gm pkt, 4 gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	QL=5 días
cholestyramine light 4 gm pkt, 4 gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	QL=5 días
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fibrico]				
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

✓

A.H.A.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]				
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	QL=5 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 Antihiroides]				
methimazole 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	QL=5 días
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	PROPYLTHIOURA CIL	QL=5 días
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]				
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 De Dopamina]				
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]				
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

U

A.H.H.

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
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
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]				
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
baclofen 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	LIORESAL	QL=5 días
dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap	2	Preferred	DANTRIUM	QL=5 días

3

A.H.A.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
dantrolene sodium 100 mg cap	3	Preferred	DANTRIUM	QL=5 días
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueléticos]				
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=1 frasco / 30 días
levobunolol hcl 0.5 % ophth soln	1	Preferred	BETAGAN	QL=1 frasco / 15 días
levobunolol hcl 0.25 % ophth soln	1	Preferred	BETAGAN	QL=1 frasco / 15 días
timolol maleate 0.5 % ophth soln	1	Preferred	TIMOPTIC	QL=1 frasco / 30 días
timolol maleate 0.25 % ophth soln	1	Preferred	TIMOPTIC	QL=1 frasco / 25 días
dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml	1	Preferred	COSOPT	QL=1 frasco / 30 días
betaxolol hcl 0.5 % ophth soln	2	Non-Preferred	BETOPTIC	QL=1 frasco / 15 días
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]				
gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint	1	Preferred	GARAMYCIN	QL=5 días
gentamicin sulfate 0.3 % ophth soln	1	Preferred	GARAMYCIN	QL=5 días
tobramycin 0.3 % ophth soln	1	Preferred	TOBREX	QL=1 frasco / 5 días
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
latanoprost 0.005 % ophth soln	1	Preferred	XALATAN	QL=1 frasco / 25 días
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]				
neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp	1	Preferred	MAXITROL	

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

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 AGENTS [AGENTES OTICOS]				
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	QL= 1 frasco / 10 días
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	QL=1 frasco / 10 días
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]				
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Non-Preferred	ATROVENT	QL=5 días
Antileukotrienes [Antileucotrienos]				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	QL=5 días
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]				
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	QL=5 días
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]				
<i>FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr</i>	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
<i>FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer</i>	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
<i>FLOVENT HFA 44 mcg/act inh aer</i>	3	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp,</i>	4	Non-Preferred	PULMICORT	QL=5 días, AL 0-12 años
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL 0-12 años
<i>FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer</i>	4	Preferred		QL=1 pompa / 30 días, P

U

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]				
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PHENERGAN	QL=5 días
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (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



15

A.H.H.



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
cefactor	17
cefadroxil	14
cefdinir	17
cefprozil	17
cephalexin	14
chloroquine phosphate	26
chlorothiazide	24
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
--------------------------------	--------

(Handwritten mark)

(Handwritten signature)



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

(Handwritten mark)

(Handwritten signature)

ASES
SUB FÍSICA

rifampin	25
rivastigmine tartrate.....	19
ropinirole hcl	26

S

salsalate.....	13
selegiline hcl	19, 27
SENSIPAR.....	33
silver sulfadiazine	31
simvastatin.....	32
sotalol hcl	29
sotalol hcl (af)	29
spironolactone	24
sulfamethoxazole-tmp ds.....	17
sulfamethoxazole-trimethoprim	17
sulfasalazine	35
SYNTHROID	34

T

terazosin hcl.....	21, 28
--------------------	--------

terbutaline sulfate	38
timolol maleate	36
tobramycin	36
topiramate.....	18, 25
tramadol hcl	14
TRECTOR.....	26
triamterene-hctz	24
trimethobenzamide hcl.....	20

U

ursodiol	32
----------------	----

V

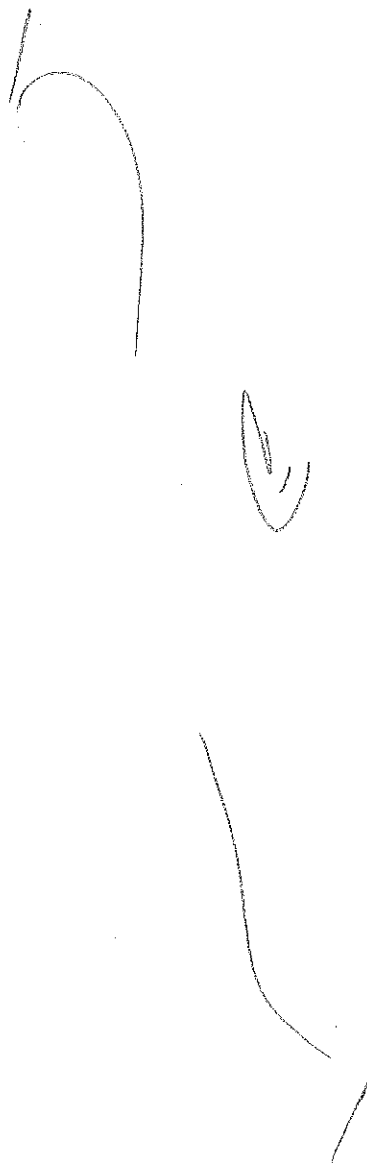
valganciclovir hcl	27
VENTOLIN HFA	38
verapamil hcl	22

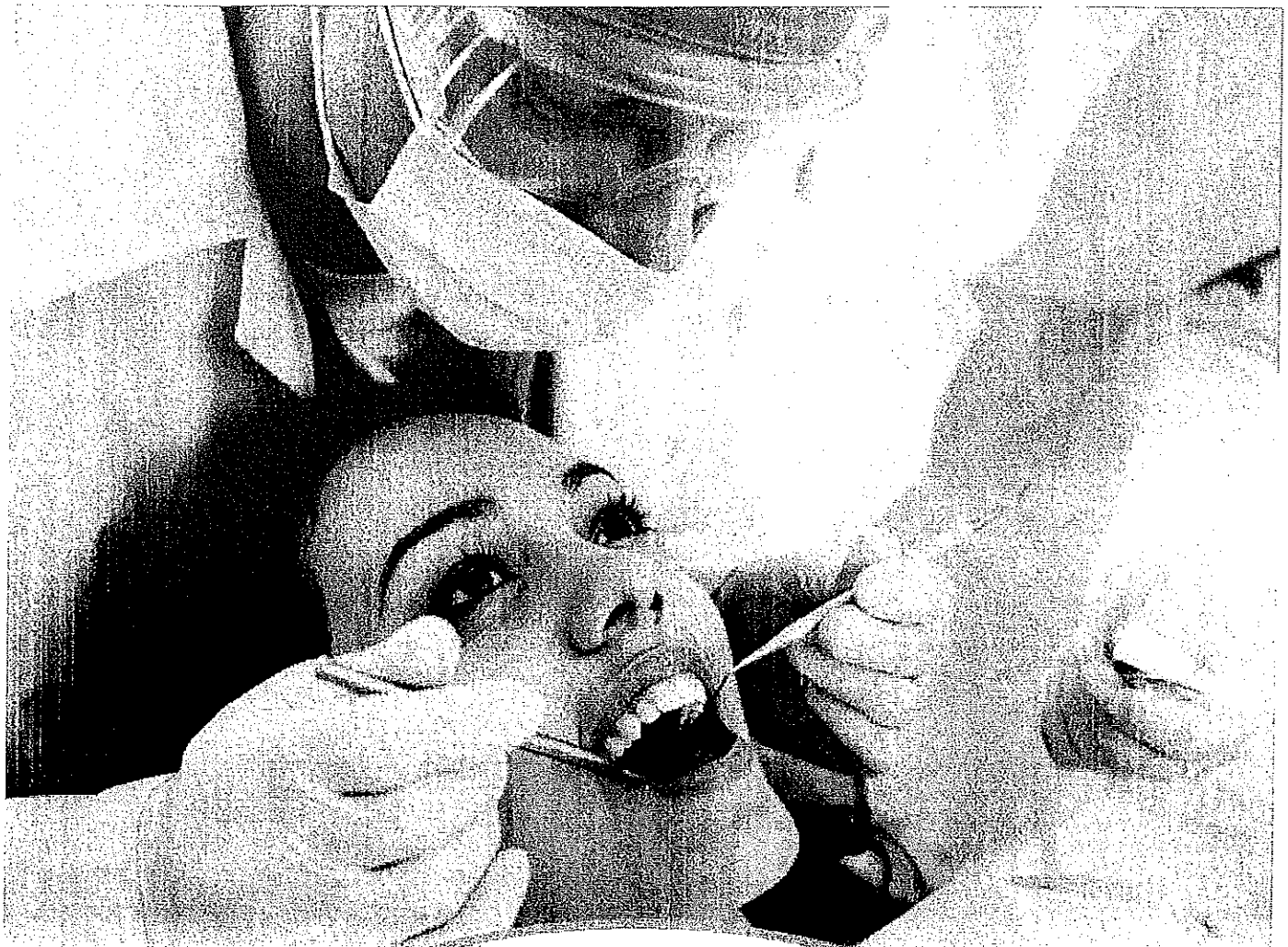
W

warfarin sodium	28
-----------------------	----



A.H.H.





Dental

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

A.H.H.



C



15-107-04



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Novas
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 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.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 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.

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.

11



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 and initials.



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]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
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	

A.H.H.

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



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 and initials.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
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
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=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
ANTIBIOTICS [ANTIBIÓTICOS]				
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		

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	
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	
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	

L.H.H.



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
-----------------------------	----

13

A.H.A.H.





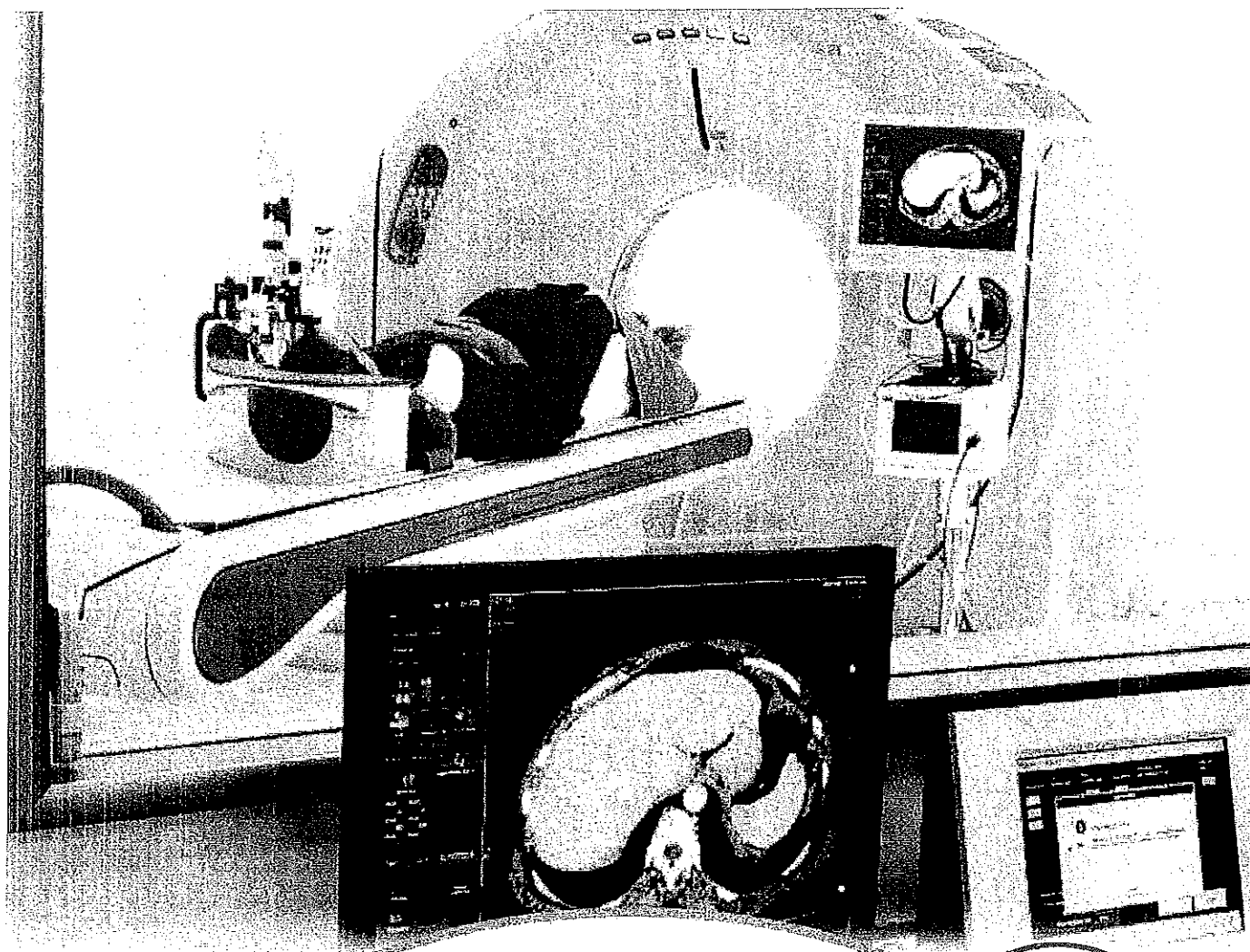
Handwritten signature or mark.

Handwritten mark or signature.



Handwritten signature or initials.





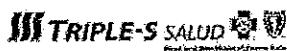
Oncología

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

A.H.A.H.

U



15-107-09



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Néarez
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 siquiátras 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.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 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.

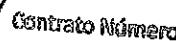
A.H.H.

✓





FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)
2017



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
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	11
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración].....	11
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración].....	12
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS].....	13
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	13
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

2

Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	16
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]	17
Antifungals [Antifungales]	17
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	17
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	17
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	17
Cobalamins [Cobalaminas]	17
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]	17
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]	18
Folates [Folatos]	18
Iron [Hierro]	19
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	19
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]	19
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]	19
Antiandrogens [Antiandrógenos]	19
Antiestrogens [Antiestrógenos]	19
Antimetabolites [Antimetabolitos]	19
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores De Enzimas]	20
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]	21
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]	23
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	23
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]	24
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]	24
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]	24



✓

A.H.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 [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	
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
naproxen 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	
sulindac 150 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	CLINORIL	
celecoxib 50 mg cap	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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



promedio de terapia mensual (30) treinta días. La comparación de costos se hace a base de todos los productos incluidos en una clase terapéutica, (por ej.: la clase de los medicamentos cardiovasculares). Los rangos de costo neto al lado de cada medicamento identifican su costo promedio mensual y deben interpretarse de la siguiente manera:

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



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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios 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	
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opioides, Larga Duración]				
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]

A.H.H.



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

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

A.H.A.



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

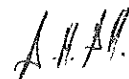
• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly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

A.H.H.



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

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





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	
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	
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
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	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3]				
ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab	1	Preferred	ZOFRAN	
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	
promethazine hcl 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	
ANTIMYCObACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	

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

A.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICOTICOS]				
Antifungals [Antifungales]				
fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DIFLUCAN	
ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Cobalamins [Cobalaminas]				
cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, P
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, P
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA, P
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIIT 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]

A.H.H.



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
Folates [Folatos]				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
Iron [Hierro]				
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]				
lomustine 10 mg cap	3	Non-Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred		
temozolomide 5 mg cap	4	Non-Preferred	TEMODAR	PA
lomustine 40 mg cap	5	Non-Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Non-Preferred		
lomustine 100 mg cap	6	Non-Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7	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
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogenesis]				
STIVARGA 40 mg tab	21	Preferred		PA, P
Antiandrogens [Antiandrogenos]				
bicalutamide 50 mg tab	2	Preferred	CASODEX	
flutamide 125 mg cap	4	Non-Preferred	EULEXIN	PA
Antiestrogens [Antiestrogenos]				
tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	NOLVADEX	
Antimetabolites [Antimetabolitos]				
hydroxyurea 500 mg cap	2	Preferred	HYDREA	
mercaptopurine 50 mg tab	2	Preferred	PURINETHOL	
methotrexate 2.5 mg tab	2	Preferred	METHOTREXATE	
capecitabine 150 mg tab	7	Preferred	XELODA	PA
capecitabine 500 mg tab	11	Preferred	XELODA	PA
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplasticos Inhibidores De Enzimas]				
SPRYCEL 20 mg tab	10	Preferred		PA, P
SPRYCEL 50 mg tab	13	Preferred		PA, P
imatinib 100 mg tab	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]

A.H.H.

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	
Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa]				
anastrozole 1 mg tab	1	Preferred	ARIMIDEX	
Folic Acid Antagonists/Rescue Agents [Antagonistas De Acido Fólico]				
leucovorin calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg tab	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]				
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 Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]				
etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	OTC
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel]				
fluorouracil 2 % soln, 5 % soln	3	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	4	Non-Preferred	EFUDEX	
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
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		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De 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]

A.H.H.



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
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Cyclosporine Analogs [Análogos De 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

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	
methylprednisolone (pak) 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	
prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr	1	Preferred	PRELONE	
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
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	
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]				
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]



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
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]				
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	1	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	Preferred	ROCALTROL	



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]



etoposide27

A

acetaminophen-codeine.....	12
acetaminophen-codeine #2	12
acetaminophen-codeine #3	12
acetaminophen-codeine #4	13
ACTIMMUNE.....	27
acyclovir.....	20
AFINITOR.....	25
ALKERAN.....	23
amoxicillin.....	16
amoxicillin-pot clavulanate.....	16
ampicillin.....	16
anastrozole.....	26
ARANESP (ALBUMIN FREE)	21, 22
azathioprine.....	31
azithromycin.....	14

B

bicalutamide.....	24
BICILLIN L-A.....	16, 17

C

calcitriol.....	31, 32
capecitabine.....	24
CARAFATE.....	28
ciprofloxacin.....	17
ciprofloxacin hcl.....	17
clarithromycin.....	15
clotrimazole.....	27
codeine sulfate.....	13
cyanocobalamin.....	20
cyclosporine.....	29
cyclosporine modified.....	29

D

dapsone.....	19
dexamethasone.....	30
DEXFERRUM.....	22
DILANTIN.....	18

E

E.E.S. GRANULES.....	15
ERYPED 200.....	15
ERYPED 400.....	15
ERY-TAB.....	15
ERYTHROCIN STEARATE.....	15
erythromycin base.....	15
erythromycin ethylsuccinate.....	15

F

famotidine.....	28
fentanyl.....	11, 12
fluconazole.....	19, 20
fludrocortisone acetate.....	28
fluorouracil.....	27
flutamide.....	24
folic acid.....	22

G

gabapentin.....	18
GLEEVEC.....	25

H

hydrocodone-acetaminophen.....	13
hydrocortisone.....	30
hydromorphone hcl.....	13, 14
hydroxyurea.....	24

I

ibuprofen.....	11
imatinib.....	25
indomethacin.....	11
INFED.....	22
iron.....	22

K

ketoconazole.....	20
-------------------	----

L

leucovorin calcium.....	26
LEUKERAN.....	23
leuprolide acetate.....	26
levofloxacin.....	17
lidocaine viscous.....	14
lomustine.....	23
LUPRON DEPOT.....	26
LUPRON DEPOT-PED.....	26

M

MATULANE.....	27
MEDROL.....	30
megestrol acetate.....	25, 26
meloxicam.....	11
meperidine hcl.....	13

A.H.A.



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

N

nabumetone	11
naproxen	11
naproxen dr	11
NEORAL	29
NEULASTA	20
NEUPOGEN	20
NEXAVAR	25
nystatin	27

O

omeprazole	28
ondansetron	18
ondansetron hcl	18
oxycodone hcl	11, 12
oxycodone-acetaminophen	13, 14

P

penicillin g procaine	16
penicillin v potassium	16
phenytoin	18
phenytoin sodium extended	18
prednisolone	30

prednisone	30
prednisone (pak)	30
prochlorperazine	19
prochlorperazine edisylate	19
prochlorperazine maleate	19
PROCIT	21, 22
promethazine hcl	19

R

ranitidine hcl	28
RAPAMUNE	31

S

SANDIMMUNE	29
sirolimus	31
SPRYCEL	25
STIVARGA	24
sucralfate	28
sulfadiazine	17
sulfamethoxazole-tmp ds	17
sulfamethoxazole-trimethoprim	17
sulindac	11

T

tacrolimus	31
tamoxifen citrate	24
TASIGNA	25
temozolomide	23
terbinafine hcl	20
tramadol hcl	13
trimethobenzamide hcl	19

Z

ZOLADEX	27
---------------	----



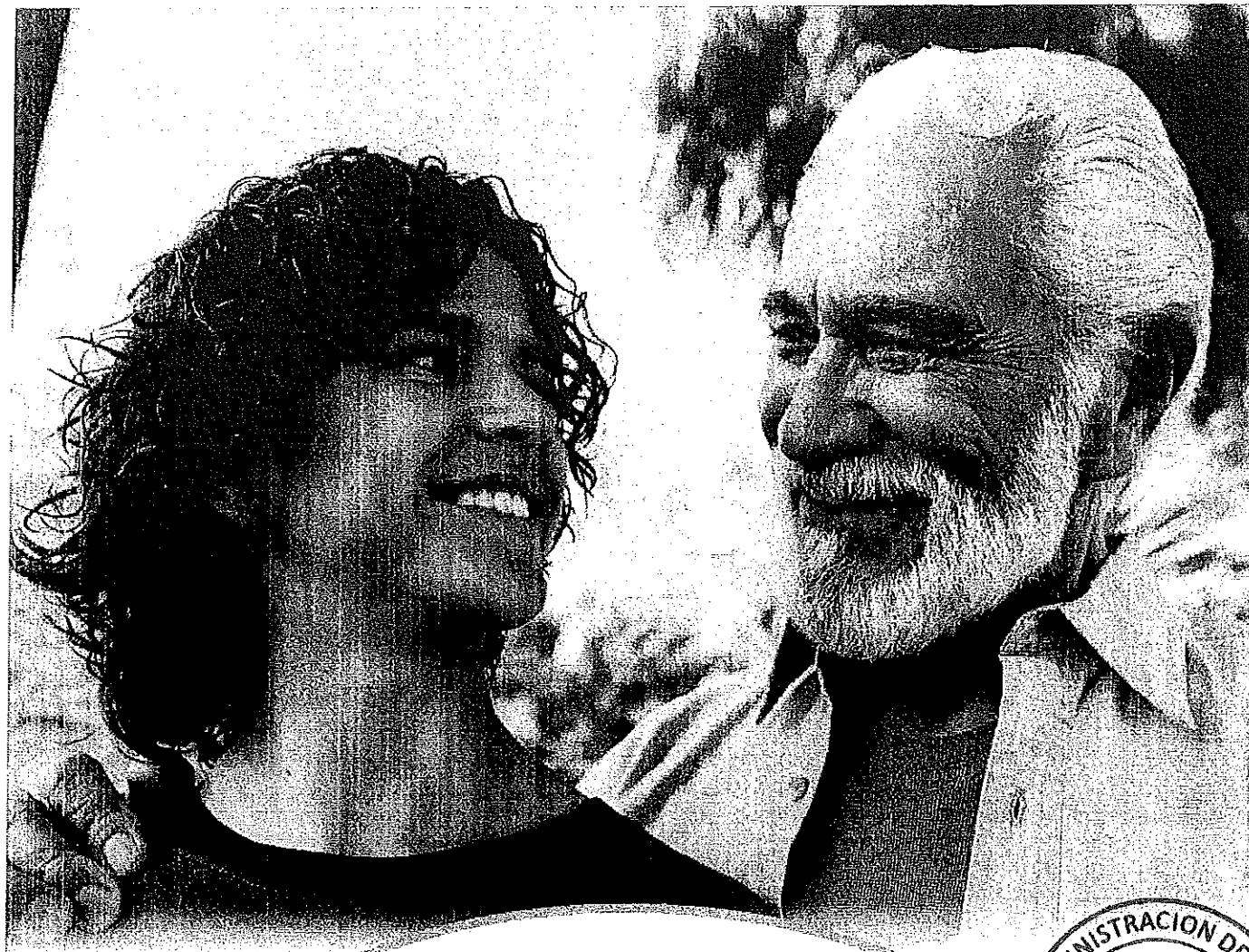
Revisado: 5 de mayo de 2017



[Handwritten signature]



A.H.A.



ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



Sub-Formulario de Salud Mental

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

A.H.A.H.

12



15-107-01

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. 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



✓

A.H.H.





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

- La cubierta de farmacia del PSG establece como obligatorio 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 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.



A.H.H.

✓



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

Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser 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.



11

A.H.A.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 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
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	9
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]	9
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]	9
Tricyclic Agents [Tricíclicos]	10
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	10
Anticholinergics [Anticolinérgicos]	10
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSICÓTICOS].....	10
Atypical - Second Generation [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

A.H.H.

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 TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANXIOLYTIC AGENTS [FARMACOS PARA LA ANSIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	QL=5 días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	QL=5 días
Sedating Histamine 1-Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamina 1]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]				
bupropion hcl 75 mg tab	1	Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	QL=30 días



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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

A.H.A.



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



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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

A.H.H.

11

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	QL=5 días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	QL=5 días
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]				
bupropion hcl 75 mg tab	1	Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	QL=30 días
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
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]				
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

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
Tricyclic Agents [Tricíclicos]				
amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab	1	Preferred	ELAVIL	QL=30 días
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
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
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	QL=30 días
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPISICÓTICOS]				
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]				
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
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

A.H.A.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
DETOX TREATMENT [TRATAMIENTO DE DETOX]				
Detox Treatment [Tratamiento De Detox]				
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	QL=7 días
folic acid 1 mg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	QL=7 días
ibuprofen 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL=7 días
loperamide hcl 2 mg cap	1	Preferred	IMODIUM	QL=7 días
vitamin b-1 100 mg tab	1	Preferred	THIAMINE	QL=7 días
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ANIMO]				
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]				
divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	QL=30 días
lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab	1	Preferred	LAMICTAL	QL=30 días
valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr	1	Preferred	DEPAKENE	QL=30 días
PSYCHOSTIMULANTS [ESTIMULANTES]				
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]				
amphetamine-dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab	2	Preferred	ADDERALL	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
amphetamine-dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	3	Preferred	ADDERALL	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred	DEXEDRINE	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24 hr, 10 mg cap er 24 hr	4	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	QL=30 días, AL 4-20 años, PA ≥ 21 años
DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL	4	Non-Preferred	DYANAVEL XR	PA, AL 6-20 años

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ADHD Non-Amphetamines [No-Amfetaminas ADHD]				
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
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
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
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]				
zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	AMBIEN	QL=5 días



A.H.H.

ASES
Administración de Seguros de Salud de la Familia
SUB MENTAL

A

amitriptyline hcl.....	10
amphetamine-dextroamphetamine	11

B

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

C

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

D

dexmethylphenidate hcl	12
dextroamphetamine sulfate	12
dextroamphetamine sulfate er.....	12
diazepam	9
divalproex sodium	11
doxepin hcl.....	10
DYANAVAL XR	12

F

fluoxetine hcl.....	10
flurazepam hcl	12
folic acid	11

H

haloperidol	11
hydroxyzine pamoate.....	9

I

ibuprofen.....	11
imipramine hcl	10

L

lamotrigine	11
loperamide hcl.....	11
lorazepam	9

M

methylphenidate hcl.....	12
mirtazapine	9

N

nortriptyline hcl	10
-------------------------	----

P

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

R

risperidone	10
-------------------	----

S

sertraline hcl	10
STRATTERA	12

T

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

V

valproic acid.....	11
venlafaxine hcl.....	10
vitamin b-1	11

Z

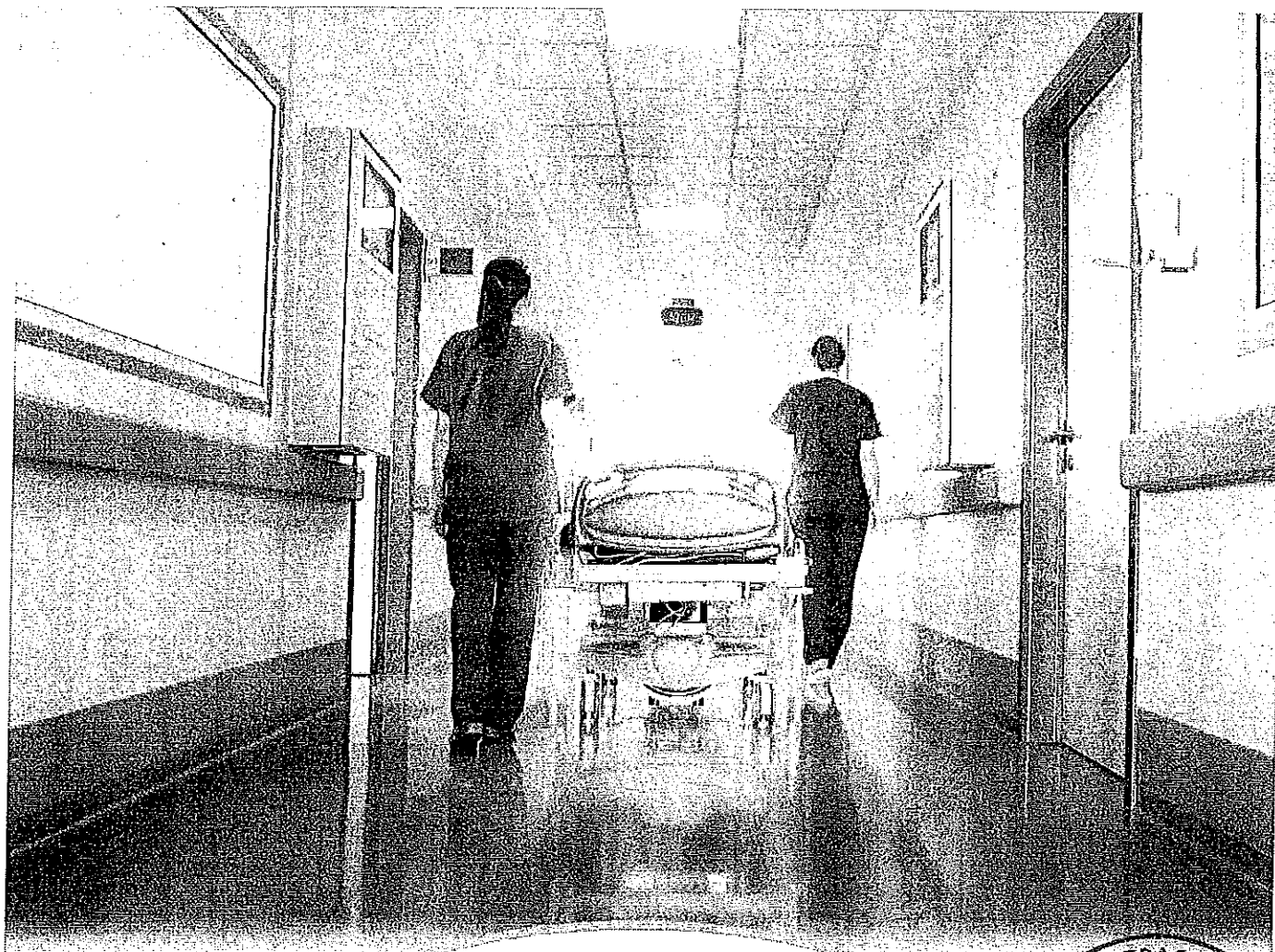
zolidem tartrate.....	13
-----------------------	----



(Handwritten mark)

A.H.H.

A.A.M.



ASES

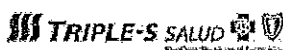
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



Formulario de Emergencia Integrado (FEI)

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



15-107-02

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



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rodríguez Rivera
Gobernador

Sig. 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 Cobertura del PSG (FMC) de Salud Físico 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 Físico incluye: Dental, Neftología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Sub-físico. Por otra 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.ases.pr.gu.

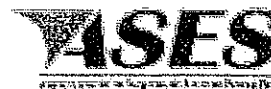
Cordialmente,


Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva



✓

A.H.H.





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

- 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.



- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios 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 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.

11



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
ANTIANXIETY 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

A.H.A.H.



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
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]	20
Antigout Agents [Agentes Antigota]	20
Uricosurics [Uricosúricos]	20
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]	20
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]	20
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



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

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 [ANTIPSICÓTICOS]	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



A.H.A.

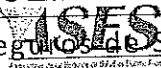


Página 8 de 38



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

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



A.H.A.





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]	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 Oticos Misceláneos]	33
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	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



A.H.A.H.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Governador

Sra. Angella M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

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 [CATEGORIA TERAPEUTICA]				
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
nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	RELAFEN	QL = 5 días
naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	QL = 5 días
naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab	1	Preferred	ANAPROX	QL = 5 días
salsalate 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	DISALCID	QL = 5 días
indomethacin er 75 mg cap er	2	Non-Preferred	INDOCIN	QL = 5 días



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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

A.H.A.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

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



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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

Handwritten signatures

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

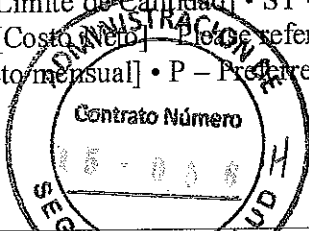
FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Revisado el 18 de mayo de 2017
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGESICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid)s [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
nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	RELAFEN	QL = 5 días
naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	QL = 5 días
naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab	1	Preferred	ANAPROX	QL = 5 días
salsalate 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	DISALCID	QL = 5 días
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes 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 = 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-cafeine 50-325-40 mg tab	1	Preferred	FIORICET	QL = 5 días
tramadol hcl 50 mg tab	1	Preferred	ULTRAM	QL = 5 días
butalbital-apap-cafeine 50-325-40 mg cap	2	Preferred	FIORICET	QL = 5 días

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



A. H. M.

Página 13 de 38

ASES

Administración de Seguro de Salud de Puerto Rico



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Revisado 18 de mayo de 2017
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

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 ANSIEDAD]				
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 [Ansiofíticos 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 pkt, 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]



A.H.A.





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

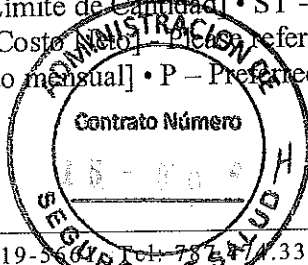
FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Revisión 18 de mayo de 2017
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

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] - Refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



A.H.A.

Página 15 de 38
ASES
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

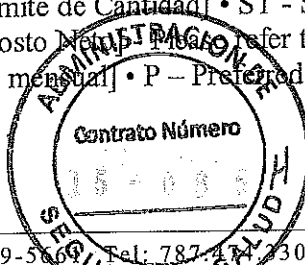
FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Revisado y Aprobado el 15 de Mayo de 2017
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

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]				
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
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]				
cefactor 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] Refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



A.H.H.

Página 16 de 38
ASES
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

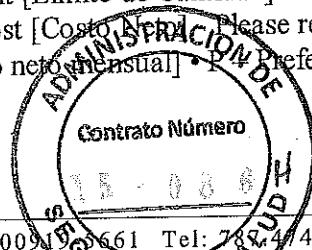
FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Rio Piedra 18 de mayo de 2017
Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva

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]				
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 [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] • Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



A.A.A.

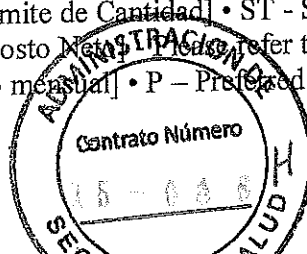




FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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] 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 Adrenérgicos]				
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 ANTIMIASTENICOS]				
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]
pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab	1	Preferred	MIRAPEX	QL = 5 días
ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	REQUIP	QL = 5 días
ropinirole hcl 2 mg tab	2	Preferred	REQUIP	QL = 5 días
amantadine hcl 100 mg cap	3	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab	4	Non-Preferred	STALEVO	QL = 5 días
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab	5	Non-Preferred	STALEVO	QL = 5 días
Dopamine Precursors [Precursores De Dopamina]				
carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab	1	Preferred	SINEMET	QL = 5 días
carbidopa-levodopa 25-250 mg tab	2	Preferred	SINEMET	QL = 5 días
carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er	2	Preferred	SINEMET CR	QL = 5 días
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS]				
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]				
risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	RISPERDAL	QL = 5 días

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



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

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



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 Escabícidias]				
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 = 5 días
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDEMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos 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	PROPYLTHIOURA CIL	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

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

Revisado



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

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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 Misceláneos]				
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 Anticolinérgicos]				
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
budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp, 1mg/2ml inh susp	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL <=12
budesonide 1mg/2ml inh susp	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]				
promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr	1	Preferred	PHENERGAN	QL = 5 días
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb soln, 2 mg/5ml syr	1	DI	ALBUTEROL	QL = 5 días
terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	BRETHINE	QL = 5 días
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	1	Preferred		QL = 1 Inh 18 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]

A.H.A.



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)



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

Handwritten signature/initials



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)



gemfibrozil	29
gentamicin sulfate	32
glimepiride	20
glipizide	20
guaifenesin-codeine	33
H	
haloperidol	26
heparin sodium (porcine)	26, 27
heparin sodium (porcine) pf	27
HUMULIN 70/30	19
HUMULIN N	19
HUMULIN R	19
hydralazine hcl	23
hydrochlorothiazide	23
hydroxychloroquine sulfate	24
hydroxyzine pamoate	14
I	
ibuprofen	13
indapamide	23
indomethacin	13
ipratropium bromide	33
isoniazid	24
isosorbide mononitrate	28
isosorbide mononitrate er	28
K	
KOMBIGLYZE XR	19
L	
lamotrigine	17
lamotrigine chew tab	17
latanoprost	32
levetiracetam	17, 18
levetiracetam er 24 hrs	17
levobunolol hcl	32
levofloxacin	16
lidocaine viscous	14
lisinopril	21
lisinopril-hydrochlorothiazide	21
lorazepam	14
losartan potassium	21
losartan potassium-hctz	21
M	
MACRODANTIN	15
MESTINON	24
metformin hcl	19
methimazole	30

methyldopa	20
methylprednisolone	31
metoclopramide hcl	20
metolazone	23
metoprolol succinate er	22
metoprolol tartrate	22
metoprolol-hydrochlorothiazide	22
metronidazole	15
mexiletine hcl	28
montelukast sodium	33
mupirocin	29
N	
nabumetone	13
naproxen	13
naproxen sodium	13
neomycin-polymyxin-dexamethasone	33
neomycin-polymyxin-hc	33
NEULASTA	27
NEULASTA DELIVERY KIT	27
nitrofurantoin macrocrystal	15
nitrofurantoin monohyd macro	15
nitrofurantoin oral suspension	15
NITROSTAT	28
nystatin	28
O	
omeprazole	30
ONGLYZA	19
ormir	20
oseltamivir phosphate	26
oxcarbazepine	17, 18
P	
penicillin v potassium	16
permethrin	29
pharbedryl	20
phenazopyridine hcl	30
phenobarbital	17, 18
phenytoin	18
phenytoin sodium extended	18
pioglitazone hcl	19
pramipexole dihydrochloride	25
prednisolone acetate	33
prednisone	31
prednisone (pak)	31
primidone	18
probenecid	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	<i>SYNTHROID</i>	30
<i>pyrazinamide</i>	24	T	
<i>pyridostigmine</i>	24	<i>TAMIFLU</i>	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
<i>RHO GAM</i>	31	<i>TRECTOR</i>	24
<i>RHO GAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit</i>	31	<i>triamterene-hctz</i>	22
<i>rifabutin</i>	24	<i>trimethobenzamide hcl</i>	20
<i>RIFAMATE</i>	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		<i>VENTOLIN HFA</i>	34
<i>salsalate</i>	13	<i>verapamil hcl</i>	21
<i>selegiline hcl</i>	19	<i>vitamin d</i>	31
<i>SENSIPAR</i>	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

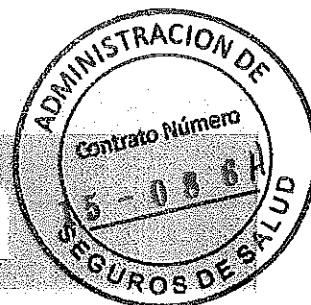
6



A.H.A.H.



Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



Salud Física

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

A.H.H.

C



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. Rosselló Nécaris
Gobernador

Sra. Angéla 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 siquiatras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos 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,


Angéla 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 el FMC; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

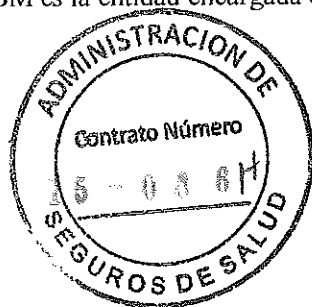
Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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



- 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.





ASES
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

Salud Física



2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



C *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.....	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

C

A.H.A.H.



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
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
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

C

A.H.H.



A.A.A.



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 signature)

(Handwritten signature)



A. H. A. H.

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 Ácidos Biliares]	46
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]	46
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]	46
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]	47
Antispasmodics [Antiespasmódicos]	47
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	47
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]	47
Histamine ₂ (H ₂) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H ₂]	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 Antitrombóticos]	48
Hemostatics [Hemostáticos]	49
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	50
Androgens [Andrógenos]	50
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroideos]	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

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

A. H. H.

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 mark)

A.H.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 [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	
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	INDOCIN	
nabumelone 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



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:

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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



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

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

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

A.H.A.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	RELAFEN	
naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
salsalate 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	DISALCID	
sulindac 150 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	CLINORIL	
meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides de Larga Duración]				
fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr	2	Preferred	DURAGESIC	
fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr	3	Preferred	DURAGESIC	
morphine sulfate er 15 mg tab er	3	Preferred	MORPHINE	
fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr	4	Preferred	DURAGESIC	
morphine sulfate er 30 mg tab er	4	Preferred	MORPHINE	
morphine sulfate er 60 mg tab er	5	Preferred	MORPHINE	
morphine sulfate er 100 mg tab er	6	Preferred	MORPHINE	

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

C
A.H.H.

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]				
test				
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]

C. H.A.H.

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	
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg 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
flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	DALMANE	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
midazolam hcl 10 mg/10ml inj soln, 2 mg/2ml inj soln, 5 mg/5ml inj soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	VERSED	QL 5ml / 30días
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
Aminoglycosides [Aminoglucósidos]				
tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln	18	Non-Preferred	TOBI	PA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]				
cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	1	Preferred	KEFLEX	
cefadroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
cephalexin 250 mg/5ml susp	2	Preferred	KEFLEX	
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
Macrolides [Macrólidos]				
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm 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		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos 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	

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

✓

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]

A.H.A.H.

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]				
cefactor 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	

C. H. H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
metronidazole 0.75 % vag gel	2	Preferred	VANDAZOLE	
clindamycin phosphate 2 % vag crm	3	Non-Preferred	CLEOCIN	
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
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	
gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	NEURONTIN	
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]

A.H.A.H.

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

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

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENTIA]				
Antidementia Agents [Agentes Antidementia]				
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 [Antagonista 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	
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Antidepressants [Antidepresivos]				
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 signatures and initials.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa]				
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	
Biguanides [Biguanidas]				
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
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]				
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		C
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		C
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		C
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin]				
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		C
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]				
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 Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		C
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		C
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]				
insulin syringe/needle	1	Preferred		
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT ₃) Antagonists [Antagonistas de 5-HT ₃]				
ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab	1	Preferred	ZOFRAN	
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	
promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr, 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln	1	Preferred	PHENERGAN	
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	COMPAZINE	

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

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	
prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]				
Antigout Agents [Agentes Antigota]				
allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	ZYLOPRIM	
colchicine 0.6 mg cap	3	Preferred	MITIGARE	PA
colchicine 0.6 mg tab	3	Non-Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
URICOSURICS [URICOSÚRICOS]				
probenecid 500 mg tab	1	Preferred	BENEMID	
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	
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ALDOMET	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				
losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	
losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]				
fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MONOPRIL	
lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZESTRIL	

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

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 Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]				
acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab	3	Preferred	DIAMOX	
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	TOPROL XL	
metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	LOPRESSOR	
metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr	2	Non-Preferred	TOPROL XL	
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]				
bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Non-Preferred	BUMEX	
furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	LASIX	

(Signature)



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Non-Preferred	INDERAL	
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]				
spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	ALDACTONE	
triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab	1	Preferred	MAXZIDE	
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
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	
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	
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 [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]
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]				
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]				
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 (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]				
sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	IMITREX	QL= 6 tab
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTENICOS]				
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]				
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	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
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				
TRECTOR 250 mg tab				
CAPASTAT 1 gm inj				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	

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

AS

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]				
Antifungals [Antifungales]				
fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DIFLUCAN	
ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
nystatin 100000 unit/gm crm	1	Preferred	MYCOSTATIN	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
itraconazole 100 mg cap		Preferred	SPORANOX	SIDA
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]				
terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm	2	Preferred	TERAZOL	
Antimalarials [Antimaláricos]				
chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ARALEN	
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	1	Preferred	PLAQUENIL	
DARAPRIM 25 mg tab	19	Non-Preferred		PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimaláricos]				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Non-Preferred		PA
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]				
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
PIN-X 720.5 mg chew tab	1	Preferred		OTC
REESES PINWORM MEDICINE 144 mg/ml Susp	1	Preferred		OTC
BILTRICIDE 600 mg tab	7	Non-Preferred		PA
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]				
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]

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)



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	
Dopamine Precursors [Precursores de Dopamina]				
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	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]				
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Influenza]				
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]
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
valganciclovir hcl 450 mg tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]				
EPZICOM 600-300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE INMUNOLOGÍA
ATRIPLA 600-200-300 mg tab				
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]				
ISENTRESS potassium 400 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE INMUNOLOGÍA
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]				
SELZENTRY 300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE INMUNOLOGÍA
FUZEON subcutaneous kit 90 mg				
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]				
nevirapine 200 mg tab	1	Preferred	VIRAMUNE	
nevirapine 50 mg/5ml susp	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
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

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

C H.H.H.

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 INMUNOLOGÍA
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa]				
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	
stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	3	Preferred	ZERIT	
didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr	4	Non-Preferred	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 INMUNOLOGÍA
VIREAD 300 mg tab				
TRUVADA 200-300 mg tab			TRUVADA	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]				
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]				
finasteride 5 mg tab	1	Preferred	PROSCAR	

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

15

A.H.H.



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	
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	
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	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, C
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA, C

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

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

A. H. A. A.

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

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

A.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]				
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]				
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	
sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	BETAPACE	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]				
quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
quinidine gluconate er 324 mg tab er	2	Preferred	QUINAGLUTE	
quinidine sulfate er 300 mg tab er	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]				
mexiletine hcl 150 mg cap	2	Preferred	MEXITIL	
mexiletine hcl 200 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]				
flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TAMBOCOR	
propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab	1	Preferred	RYTHMOL	
flecainide acetate 150 mg tab	2	Preferred	TAMBOCOR	
propafenone hcl 300 mg tab	3	Preferred	RYTHMOL	
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]				
amiodarone hcl 200 mg tab	1	Preferred	CORDARONE	
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermittente]				
pentoxifylline er 400 mg tab er	1	Preferred	TRENTAL	
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]				
digox 125 mcg tab, 250 mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	

C

A.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
digoxin 0.05 mg/ml soln, 125 mcg tab, 250 mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]				
sildenafil citrate 20 mg tab	3	Preferred	REVATIO	PA
ADEMPAS 0.5 mg tab	15	Preferred		PA, C
ADEMPAS 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab	18	Preferred		PA, C
ADEMPAS 2.5 mg tab	20	Preferred		PA, C
Vasodilators [Vasodilatadores]				
isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	IMDUR	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr	1	Preferred	IMDUR	
nitroglycerin 0.2 mg/hr td patch 24hr	1	Preferred	NITRODUR	
NITROSTAT 0.3 mg tab sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub	1	Preferred		
nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr	2	Non-Preferred	NITRODUR	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]				
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]				
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]

[Handwritten signature]

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
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]				
lomustine 10 mg cap	3	Non-Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred		
temozolomide 5 mg cap	4	Non-Preferred	TEMODAR	PA
lomustine 40 mg cap	5	Non-Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Non-Preferred		
lomustine 100 mg cap	6	Non-Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7	Non-Preferred		
temozolomide 20 mg cap	9	Non-Preferred	TEMODAR	PA
temozolomide 250 mg cap	11	Non-Preferred	TEMODAR	PA
temozolomide 140 mg cap	13	Non-Preferred	TEMODAR	PA
temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap	14	Non-Preferred	TEMODAR	PA
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]				
STIVARGA 40 mg tab	15	Preferred		PA, C
Antiandrogens [Antiandrógenos]				
bicalutamide 50 mg tab	2	Preferred	CASODEX	
flutamide 125 mg cap	4	Non-Preferred	EULEXIN	
Antiestrogens [Antiestrógenos]				
tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	NOLVADEX	
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]				
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		
Antimetabolites [Antimetabolitos]				
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]

C

A.H.H.



SALUD FÍSICA



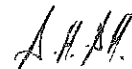
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
capecitabine 150 mg tab	7	Non-Preferred	XELODA	PA
capecitabine 500 mg tab	11	Non-Preferred	XELODA	PA
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores de Enzimas]				
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
Appetite Stimulants [Estimulantes de Apetito]				
megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa]				
anastrozole 1 mg tab	1	Preferred	ARIMIDEX	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]				
leucovorin calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg tab	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH]				
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]

(Handwritten signatures)

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 Antineoplastics [Antineoplásicos 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
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]				
etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]				
chlorhexidine gluconate 0.12 % mouth/throat soln	1	Preferred	PERIDEX	
Xerostomia [Xerostomía]				
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]





SALUD FÍSICA



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné]				
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	
Acne Products [Productos para el Acné]				
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	
Antipsoriatics [Antipsoriáticos]				
methoxsalen 10 m cap		Preferred	Oxsoralen	
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]				
selenium sulfide 2.5 % lot	1	Preferred	SELSUN	
nystatin 100000 unit/gm oint, crm	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]				
fluorouracil 2 % soln, 5 % soln	3	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	4	Non-Preferred	EFUDEX	
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy 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	

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

Página 45 de 67
Revisado 5/18/2017



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia]				
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 [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia]				
hydrocortisone 2.5 % crm, 2.5 % lot, 2.5 % oint	1	Preferred	HYDROCORTISONE	
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]				
permethrin 5 % crm	3	Preferred	ELIMITE	QL= 60 gm.
lindane 1 % lot	4	Non-Preferred	LINDANE	QL = 60 cc, 30días, ST
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]				
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 [Antifungales Tópicos]				
clotrimazole 1 % crm	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
nystatin 100000 unit/gm oint, crm	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos]				
calcipotriene 0.005 % crm	6	Non-Preferred	DOVONEX	
acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap	7	Non-Preferred	SORIATANE	
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDEMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Ácidos Biliares]				
cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwr	3	Preferred	QUESTRAN	
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]				
gemfibrozil 600 mg tab	1	Preferred	LOPID	
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]				
atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	LIPITOR	

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

C

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab	1	Non-Preferred	PRAVACHOL	
simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	ZOCOR	
pravastatin sodium 40 mg tab	2	Non-Preferred	PRAVACHOL	
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Antispasmodics [Antiespasmódicos]				
dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab	1	Preferred	BENTYL	
dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln	2	Preferred	BENTYL	
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab	1	Preferred	CYTOTEC	
sucralfate 1 gm tab	1	Preferred	CARAFATE	
1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]				
CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt	3	Preferred		C
CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt	5	Preferred		C
Histamine2 (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	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]				
ursodiol 300 mg cap	4	Preferred	ACTIGALL	PA
cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc	6	Non-Preferred	GASTROCROM	PA

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

A.H.H.

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
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]				
hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
GENTOURINARY AGENTS [AGENTES GENTOURINARIOS]				
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]				
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato]				
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	
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios]				
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	
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]				
oxybutynin chloride 5 mg tab, 5 mg/5ml syr	1	Preferred	DITROPAN	
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]				
Antihemophilic Products [Productos Antihemofílicos]				
ADVATE 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln, 3000 unit iv soln, 4000 unit iv soln	25	Preferred		PA, C

6

A.H.H.



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
Hemostatics [Hemostáticos]				
tranexamic acid 650 mg tab, 1000 mg/ ml IV soln	4	Non-Preferred	LYSTEDA	PA
AMICAR 500 mg tab, 0.25 gm/ml oral soln	5	Non-Preferred		PA
AMICAR 0.25 gm/ml oral soln	8	Non-Preferred		PA
tranexamic acid 100 mg/ml IV soln		Non-Preferred	CYKLOKAPRON	PA

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

(Handwritten signature/initials)

(Handwritten signature/initials)



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Androgens [Androgenos]				
testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln	2	Preferred	DEPO-TESTOSTERONE	
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]				
methimazole 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
Calcimimetics [Calcimiméticos]				
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	
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]				
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
CRYSSELLE-28 0.3-30 mg-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 [Estrógenos]				
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]

Página 50 de 67
Revisado 5/18/2017



A. H. H.



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	
Prostaglandins [Prostaglandinas]				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
Somatostatic Analogs [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]

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]				
levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred	SYNTHROID	
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		C
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]				
desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln	2	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.2 mg tab	3	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin ace rhinal tube 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.1 mg tab	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Non-Preferred		
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]				
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]				
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]

A.H.H.

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
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Organ Transplant Agents				
cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	aPA
cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 25 mg cap	4	Preferred		aPA, C
cyclosporine 25 mg cap	4	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln	4	Preferred	NEORAL	aPA
cyclosporine 100 mg cap	5	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
cyclosporine modified 100 mg cap	5	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		aPA, C
cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap	6	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap	6	Preferred		aPA, C
cyclosporine modified 100 mg/ml soln	7	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 100 mg/ml soln	8	Preferred		aPA, C
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	
dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln	1	Preferred	DECADRON	OB-GYN

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

C

A.H.H.



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 Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]				
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]

A. H. A.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]				
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]				
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) [Inmunomoduladores (TNF y No-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
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]				
hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema	2	Preferred	COLOCORT	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]				
calcitriol 0.25 mcg cap	1	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 0.5 mcg cap	2	Preferred	ROCALTROL	


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

[Handwritten signatures]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]				
levocarnitine 1 gm/10ml soln, 330 mg tab	3	Preferred	CARNITOR	
Chelating Agents [Agentes Quelantes]				
DEPEN TITRATABS 250 mg tab	25	Preferred		PA
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]				
potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln	1	Preferred	KAY-CIEL	
potassium chloride cys er 10 meq tab er, 20 meq tab er	1	Preferred	KLOR-CON	
potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er	2	Preferred	MICRO-K	
potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral solution	4	Preferred	KAON CL	
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]				
sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp	3	Preferred	KAYEXALATE	
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]				
classic prenatal 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
prenatal formula 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
prenatal plus iron 29-1 mg tab	1	Preferred	PRENATABS	OB-GYN
prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN

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




Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Vitamin K [Vitamina K]				
MEPHYTOIN 5 mg tab	6	Non-Preferred		
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
baclofen 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	LIORESAL	
dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap	2	Preferred	DANTRIUM	
dantrolene sodium 100 mg cap	3	Preferred	DANTRIUM	
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]				
cyclobenzaprine hcl 10 mg tab	1	Preferred	FLEXERIL	
NASAL AGENTS [AGENTES NAALES]				
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Naales]				
ipratropium bromide 0.03 % nasal soln	2	Non-Preferred	ATROVENT	
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Naales de Mastocitos]				
cromolyn sodium 5.2 mg/act nasal aerosol sol	1	Preferred	NASALCROM	
Nasal Steroids [Esteroides Naales]				
fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp	1	Preferred	FLONASE	QL = 1 pompa / 30 días
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]				
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln	1	Preferred	ALPHAGAN	
dorzolamide hcl 2 % ophth soln	1	Preferred	TRUSOPT	
levobunolol hcl 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln	1	Preferred	BETAGAN	
timolol maleate 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln	1	Preferred	TIMOPTIC	
dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml	1	Preferred	COSOPT	

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

CS

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
betaxolol hcl 0.5 % ophth soln	2	Non-Preferred	BETOPTIC	
Miotics [Mióticos]				
pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln	3	Preferred	ISOPTOCARPINE	
Mydriatics [Midriáticos]				
atropine sulfate 1 % ophth oint, 1 % ophth soln	1	Preferred	ISO-ATROPINE	
Nonsteroidal Anti-inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
diclofenac sodium 0.1 % ophth soln	1	Preferred	VOLTAREN	QL = max 30 días / 365 días
ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln	1	Preferred	ACULAR	QL = max 30 días / 365 días
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]				
ciprofloxacin hcl 0.3 % ophth soln	1	Preferred	CILOXAN	
gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint, 0.3 % ophth soln	1	Preferred	GARAMYCIN	
ofloxacin 0.3 % ophth soln	1	Preferred	OCUFLOX	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth soln	1	Preferred	POLYTRIM	
tobramycin 0.3 % ophth soln	1	Preferred	TOBREX	
bacitracin 500 unit/gm ophth oint	3	Non-Preferred	BACITRACIN	
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]				
trifluridine 1 % ophth soln	4	Non-Preferred	VIROPTIC	PA
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
latanoprost 0.005 % ophth soln	1	Preferred	XALATAN	

A.H.H.

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	
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	
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]				
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]				
acetic acid 2 % otic soln	2	Preferred	VOSOL	
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	
cipro hc 0.2-1 % otic susp	1	Preferred		
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]				
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]				
ipratropium bromide 0.02 % inh soln	1	Preferred	ATROVENT	
Antileukotrienes [Antileukotrienos]				
montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew	1	Preferred	SINGULAIR	
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]				
benzonatate 100 mg cap	1	Preferred	TESSALON	
guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln	1	Preferred	CHERATUSSIN	
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]				
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im soln	9	Preferred		PA, C
SYNAGIS 100 mg/ml im soln	11	Preferred		PA, C

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

[Handwritten signature]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
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
budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
budesonide 1mg/2ml inh susp	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, C
ADVAIR 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
Nonsedating Histamine¹ Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina¹ No-Sedantes]				
cetirizine HCl oral soln 1 MG/ML (5 MG/5ML)	1	Preferred	ZYRTEC	OTC
loratadine 5 mg/5ml soln, 5 mg/5ml syr	1	Preferred	CLARITIN	OTC
loratadine 10 mg tab	1	Preferred	CLARITIN	OTC
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]				
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	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]
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
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
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]				
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-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

(Handwritten signature/initials)

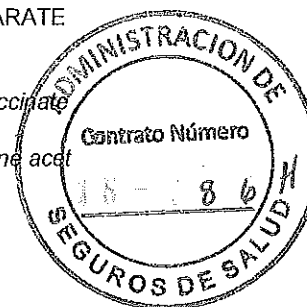
(Handwritten signature/initials)



A			
abacavir sulfate	36	benzonatate	59
abacavir-lamivudine-zidovudine	36	benztropine mesylate	33
acarbose	26	betamethasone dipropionate aug	45
acetaminophen-codeine	18	betamethasone sod phos & acet	54
acetazolamide	30	betamethasone valerate	46
acetic acid	59	BETASERON	42
acitretin	46	betaxolol hcl	58
ACTIMMUNE	44	bicalutamide	42
acyclovir	35	BICILLIN L-A	21, 22
ADEMPAS	41	BILTRICIDE	33
ADVAIR DISKUS	60	brimonidine tartrate	57
ADVAIR HFA	60	bromocriptine mesylate	34, 50
ADVATE	48	budesonide	60
AFINITOR	43	bumetanide	30
albuterol sulfate	61	butalbital-apap-caffeine	18
alendronate sodium	39		
ALKERAN	42	C	
allopurinol	28	cabergoline	50
alyacen 1/35	50	calcipotriene	46
amantadine hcl	33, 34	calcitriol	55
AMICAR	49	calcium acetate	48
amiodarone hcl	40	CAPASTAT	32
amitriptyline hcl	25	capecitabine	43
amlodipine besylate	29	CARAFATE	47
amoxicillin	21	carbamazepine	23, 24
amoxicillin-pot clavulanate	21	carbamazepine er	24
ampicillin	21	carbidopa-levodopa	34
AMPYRA	41	carbidopa-levodopa er	34
anastrozole	43	carbidopa-levodopa-entacapone	34
ARANESP (ALBUMIN FREE)	38	carvedilol	31
ASACOL HD	55	cefactor	22
aspirin	39	cefadroxil	20
aspirin low dose	39	cefdinir	22
atenolol	30	cefprozil	22
atenolol-chlorthalidone	30	cephalexin	20
atorvastatin calcium	46	Cetirizine HCl	60
ATRIPLA	35	childrens loratadine	60
atropine sulfate	58	chlorhexidine gluconate	44
AVONEX	41	chloroquine phosphate	33
AVONEX PEN	41	chlorothiazide	31
AVONEX PREFILLED	41	chlorthalidone	31
AZASAN	54	cholestyramine	46
azathioprine	54	cilostazol	39
azithromycin	20	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
B			
bacitracin	58		
baclofen	57		
BENEFIX	49		

SALUD FÍSICA

<i>clopidogrel bisulfate</i>	39	ENBREL	52, 55, 61
<i>clotrimazole</i>	44, 46	<i>enoxaparin sodium</i>	39
<i>codeine sulfate</i>	18	<i>EPIVIR</i>	36
<i>colchicine</i>	28	<i>EPZICOM</i>	35
COLCRYS	28	<i>ergoloid mesylates</i>	25
COPAXONE	41	ERYTHROCIN STEARATE	20
<i>cortisone acetate</i>	54	<i>erythromycin</i>	45
CREON	47	<i>erythromycin base</i>	20
<i>cromolyn sodium</i>	47, 57	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	20
CRYSSELLE-28	50	<i>estradiol</i>	50
CUPRIMINE	56, 61	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	51
<i>cyanocobalamin</i>	37	<i>estropipate</i>	50
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	57	<i>ethambutol hcl</i>	32
<i>cycloserine</i>	32	<i>ethosuximide</i>	24
<i>cyclosporine</i>	53	<i>etoposide</i>	44
<i>cyclosporine modified</i>	53		



D

<i>dantrolene sodium</i>	57
<i>dapsone</i>	32
DARAPRIM	33
DELZICOL	55
DEPEN TITRATABS	56
<i>desmopressin ace rhinal tube</i>	52
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	52
<i>desmopressin acetate</i>	52
<i>desmopressin acetate spray</i>	52
<i>dexamethasone</i>	53
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	53
<i>diazepam</i>	19
<i>diclofenac sodium</i>	58
<i>dicyclomine hcl</i>	47
<i>didanosine</i>	36
<i>digox</i>	40
<i>digoxin</i>	41
DILANTIN	24
<i>diltiazem hcl</i>	29
<i>diltiazem hcl er</i>	29
<i>diltiazem hcl er beads</i>	29
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	29
<i>dilt-xr</i>	29
DIURIL	31
<i>divalproex sodium</i>	23, 32
<i>donepezil hcl</i>	25
<i>dorzolamide hcl</i>	57
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	57
<i>doxepin hcl</i>	25
<i>doxycycline monohydrate</i>	22
<i>duloxetine</i>	25

E

ELIQUIS	38
EMTRIVA	36

F

<i>famotidine</i>	47
<i>fentanyl</i>	17
<i>ferrous sulfate</i>	39
<i>finasteride</i>	36
<i>flecainide acetate</i>	40
FLOVENT DISKUS	60
FLOVENT HFA	60
<i>fluconazole</i>	33
<i>fludrocortisone acetate</i>	51
<i>fluorometholone</i>	59
<i>fluorouracil</i>	45
<i>flurazepam hcl</i>	19
<i>flutamide</i>	42
<i>fluticasone propionate</i>	57
<i>folic acid</i>	39
<i>fosinopril sodium</i>	28
<i>furosemide</i>	30
FUZEON	35

G

<i>gabapentin</i>	23, 24
<i>gemfibrozil</i>	46
<i>gentamicin sulfate</i>	58
GILENYA	41
GLEEVEC	43
<i>glimepiride</i>	27
<i>glipizide</i>	27
GLUCAGON EMERGENCY	26
<i>guaifenesin-codeine</i>	59

H

<i>heparin sodium (porcine)</i>	37
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	37
HUMALOG	27
HUMALOG MIX 50/50	26

C

A.H.H.

SALUD FÍSICA

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



G *A.H.A.H.*

SALUD FÍSICA

<i>midazolam hcl</i>	19	P	
<i>minocycline hcl</i>	22		
<i>minoxidil</i>	31	<i>penicillin g procaine</i>	21
<i>misoprostol</i>	47, 51	<i>penicillin v potassium</i>	21
<i>mometasone furoate</i>	45	<i>pentoxifylline er</i>	40
<i>montelukast sodium</i>	59	<i>permethrin</i>	46
<i>morphine sulfate</i>	18	<i>phenazopyridine hcl</i>	48
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	18	<i>phenobarbital</i>	23, 24
<i>morphine sulfate er</i>	17	<i>phenytoin</i>	24
<i>mupirocin</i>	46	<i>phenytoin sodium extended</i>	24
<i>mycophenolate mofetil</i>	54	<i>pilocarpine</i>	44
<i>mycophenolic acid</i>	54	<i>pilocarpine hcl</i>	58
MYLERAN	42	PIN-X	33
		<i>pioglitazone hcl</i>	26
N		<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	58
<i>nabumetone</i>	17	<i>potassium chloride</i>	56
NAMENDA	25	<i>potassium chloride crys er</i>	56
<i>naproxen</i>	17	<i>potassium chloride er</i>	56
<i>naproxen dr</i>	17	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	34
NEBUPENT	33	<i>pravastatin sodium</i>	47
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>	59	<i>prednisolone</i>	54
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	59	<i>prednisolone acetate</i>	59
NEORAL	53	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	59
NEULASTA	37	<i>prednisone</i>	54
NEUPOGEN	37	<i>prednisone (pak)</i>	54
<i>nevirapine</i>	35	<i>prenatal</i>	56
<i>nevirapine er</i>	35	<i>prenatal 19</i>	56
NEXAVAR	43	<i>prenatal formula</i>	56
<i>nifedipine er osmotic</i>	29, 30	<i>prenatal low iron</i>	56
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	20, 21	<i>prenatal plus iron</i>	56
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	21	<i>prenatal vitamins</i>	56
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	21	<i>primidone</i>	23
<i>nitroglycerin</i>	41	<i>probenecid</i>	28
NITROSTAT	41	<i>prochlorperazine</i>	28
NORDITROPIN FLEXPOR	51	<i>prochlorperazine edisylate</i>	27
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	51	<i>prochlorperazine maleate</i>	28
<i>nortriptyline hcl</i>	25	PROCRIT	38
<i>nystatin</i>	33, 44, 45, 46	<i>promethazine hcl</i>	27
		<i>propafenone hcl</i>	40
O		<i>propranolol hcl</i>	31, 40
<i>octreotide acetate</i>	51	<i>propylthiouracil</i>	50
<i>ofloxacin</i>	58	<i>pyrazinamide</i>	32
<i>omeprazole</i>	48	<i>pyridostigmine</i>	32
<i>ondansetron</i>	27	<i>pyridostigmine bromide</i>	32
<i>ondansetron hcl</i>	27	Q	
ONGLYZA	26	<i>quinidine gluconate er</i>	40
ORENCIA	61	<i>quinidine sulfate</i>	40
<i>oseltamivir phosphate</i>	34	<i>quinidine sulfate er</i>	40
<i>oxcarbazepine</i>	23, 24		
<i>oxybutynin chloride</i>	48	R	
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	18, 19	<i>ranitidine hcl</i>	47
		RAPAMUNE	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
S		tranexamic acid	49
salsalate	17	TRECATOR	32
SANDIMMUNE	53	tretinoin	45
SANDOSTATIN LAR DEPOT	51	triamcinolone acetonide	46
selegiline hcl	34	triamterene-hctz	31
selenium sulfide	45	trifluridine	58
SELZENTRY	35	trimethobenzamide hcl	27
SENSIPAR	50	TRUVADA	36
SEROMYCIN	32	TYSABRI	42
sildenafil citrate	41		
silver sulfadiazine	46	U	
simvastatin	47	ur n-c	48
sirolimus	54	URETRON D/S	48
sodium polystyrene sulfonate	56	URIMAR-T	48
sotalol hcl	40	urin ds	48
spironolactone	31	ursodiol	47
SPRYCEL	43		
stavudine	36	V	
STIMATE	52	VAGIFEM	42
STIVARGA	42	valganciclovir hcl	35
sucralfate	47	valproic acid	24
sulfacetamide sodium-sulfur	45	vancomycin hcl	21
sulfadiazine	22	VENTOLIN HFA	61
sulfamethoxazole-trmp ds	22	verapamil hcl	29
sulfamethoxazole-trimethoprim	22	verapamil hcl er	29
sulfasalazine	55	VIDEX	36
sulindac	17	VIMPAT	24
sumatriptan succinate	32	VIREAD	36
SUSTIVA	35		
SYNAGIS	59	W	
SYNTHROID	52	warfarin sodium	37
T			
tacrolimus	54	Z	
TAMIFLU	34	zidovudine	36
tamoxifen citrate	42	ZOLADEX	44
tamsulosin hcl	37	zonisamide	24
TASIGNA	43		
TECFIDERA	42		



C

A.H.A.



SALUD FÍSICA

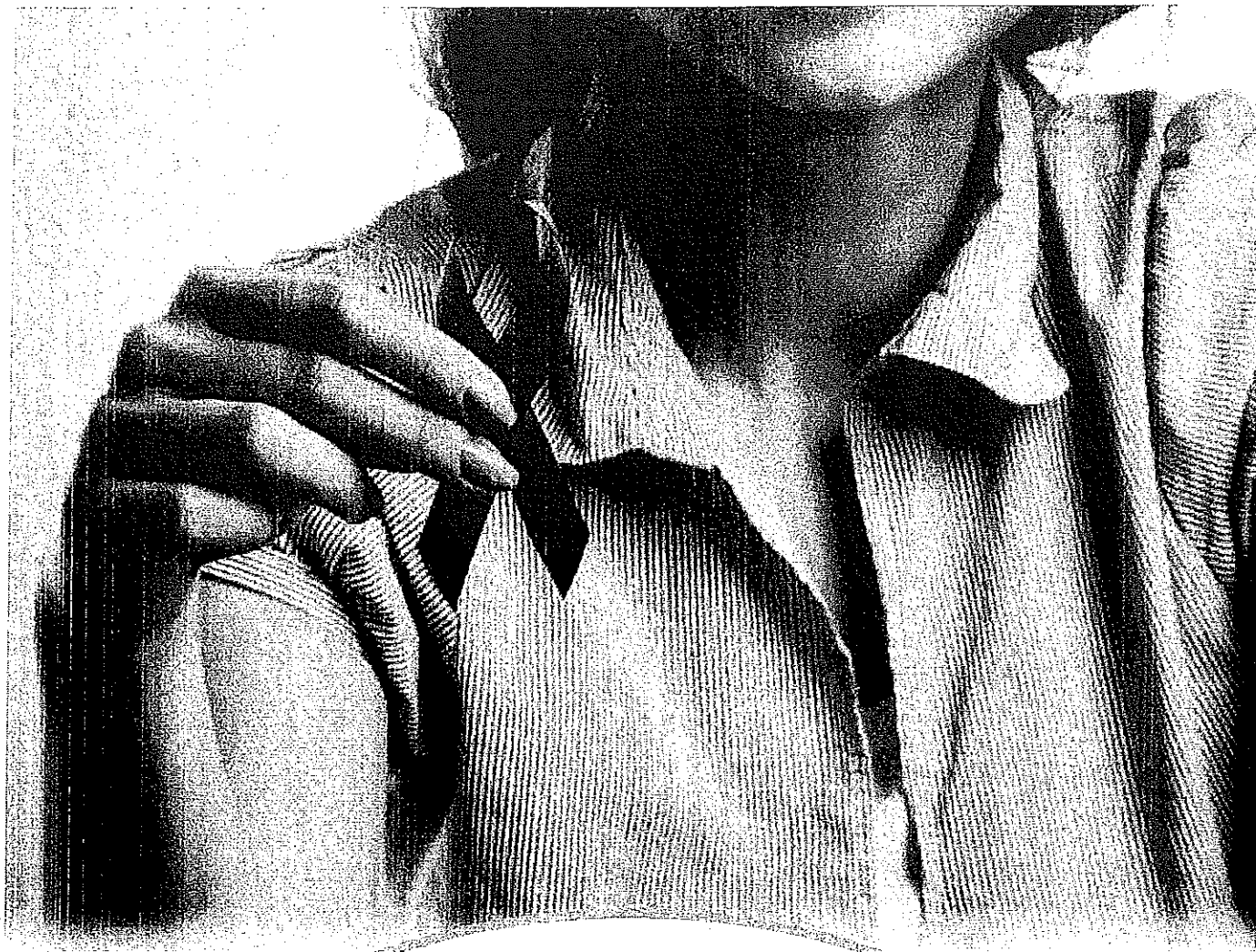
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



A.H.H.



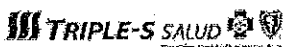
ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

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. Roselló 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 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.

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



A.H.H.





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

- 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.





- 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 [Antifungales].....	12
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS].....	13
Anthelmintics [Antihelmínticos]	13
Antimalarials [Antimaláricos].....	13
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríricos]	13
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	13
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	13
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	13

C

A.H.H.

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

C



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 [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
ANTIBACTERIALS [ANTIBIÓTICOS]				
Aminoglycosides [Aminoglucósidos]				
streptomycin sulfate 1 gm im soln	4	Preferred	STREPTOMYCIN	
Macrolides [Macrólidos]				
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	
clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab	2	Preferred	BIAXIN	
clarithromycin 250 mg/5ml susp	3	Preferred	BIAXIN	
ERY-TAB 500 mg tab dr	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

A.H.H.

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

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



Se recomienda se considere prescribir el 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.

A.H.H.



A.H.A.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	
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	
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		
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	

A.H.A.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp	4	Preferred	CIPRO	
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	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIALES]				
Antituberculars [Antituberculosos]				
isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	ISONIAZID	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
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	
cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
CAPASTAT 1 gm inj				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Miscelaneos]				
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE	
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICOTICOS]				
Antifungals [Antifungales]				
fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DIFLUCAN	

A.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
voriconazole 40 mg/ml susp	4	Preferred	VFEND	
itraconazole 100 mg cap	5	Preferred	SPORANOX	
SPORANOX 10 mg/ml soln	6	Preferred		
voriconazole 50 mg tab	8	Preferred	VFEND	
voriconazole 200 mg tab	10	Preferred	VFEND	
ANTIPARASITICS [ANTI PARASITARIOS]				
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
ALBENZA 200 mg tab	9	Preferred		
Antimalarials [Antimaláricos]				
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimaláricos]				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Preferred		
atovaquone 750 mg/5ml susp	9	Non-Preferred	MEPRON	
ANTI-HERPES [ANTI-HERPES]				
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
valganciclovir hcl 450 mg tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleosidos De La Transcriptasa Reversa]				
nevirapine 200 mg tab	1	Preferred	VIRAMUNE	
nevirapine 50 mg/5ml susp	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Non-Preferred		
SUSTIVA 200 mg cap	6	Preferred		P
nevirapine er 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 50 mg cap, 600 mg tab	7	Preferred		P
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	

6

A.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleosidos/Nucleotidos De La Transcriptasa Reversa]				
stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	3	Preferred	ZERIT	
didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr	4	Non-Preferred	VIDEX EC	
lamivudine 10 mg/ml soln	4	Preferred	EPIVIR	
lamivudine 150 mg tab	4	Preferred	EPIVIR	
zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr	4	Non-Preferred	RETROVIR	
abacavir sulfate 300 mg tab	5	Non-Preferred	ZIAGEN	
didanosine 400 mg cap dr	5	Non-Preferred	VIDEX EC	
lamivudine 300 mg tab	5	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Non-Preferred		
lamivudine 100 mg tab	6	Preferred	EPIVIR	PA
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	6	Preferred	COMBIVIR	
ZIAGEN 20 mg/ml soln	6	Non-Preferred		
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 3000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P

C

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/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
Iron [Hierro]				
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
Chemotherapy Agents [Agentes Químicos]				
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progesterina]				
megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Acido Fólico]				
leucovorin calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg tab	9	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj	9	Non-Preferred	LEUCOVORIN	
Dental and Oral Agents [Agentes Dentales y Orales]				
Antifungals [Antifúngicos]				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	

C

A.H.M.

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



(Handwritten mark)

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		
B		L	
BICILLIN L-A	11	lamivudine	14
		lamivudine-zidovudine	14
C		leucovorin calcium	15
CAPASTAT	12	levofloxacin	11
ciprofloxacin	11, 12	lidocaine viscous	10
ciprofloxacin hcl	11		
clarithromycin	10	M	
clindamycin hcl	11	MEDROL	16
clotrimazole	15	megestrol acetate	15
cycloserine	12	methylprednisolone	16
		methylprednisolone (pak)	16
D		minocycline hcl	12
dapsone	12		
DARAPRIM	13	N	
dexamethasone	16	NEBUPENT	13
didanosine	14	nevirapine	13
doxycycline monohydrate	12	nevirapine er	13
		nystatin	16
E			
E.E.S. GRANULES	10	P	
EPIVIR	14	penicillin g procaine	11
ERYPED 200	10	penicillin v potassium	11
ERYPED 400	10	prednisolone	16
ERY-TAB	10	prednisone	16
ERYTHROCIN STEARATE	10	prednisone (pak)	16
erythromycin base	10	PROCIT	14, 15
erythromycin ethylsuccinate	10	pyrazinamide	12
ethambutol hcl	12		
		R	
F		RESCRIPTOR	13
fluconazole	12, 13	rifabutin	12
fludrocortisone acetate	16		

C. A.H.A.

RIFAMATE.....	12
<i>rifampin</i>	12

S

SEROMYCIN.....	12
SPORANOX	13
<i>stavudine</i>	14
<i>sulfadiazine</i>	12
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	12
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	12
SUSTIVA.....	13

T

<i>terbinafine hcl</i>	13
TRECATOR.....	12

V

<i>valganciclovir hcl</i>	13
VIDEX	14
<i>voriconazole</i>	13

Z

ZIAGEN.....	14
<i>zidovudine</i>	13, 14

A.H.A.H.

G

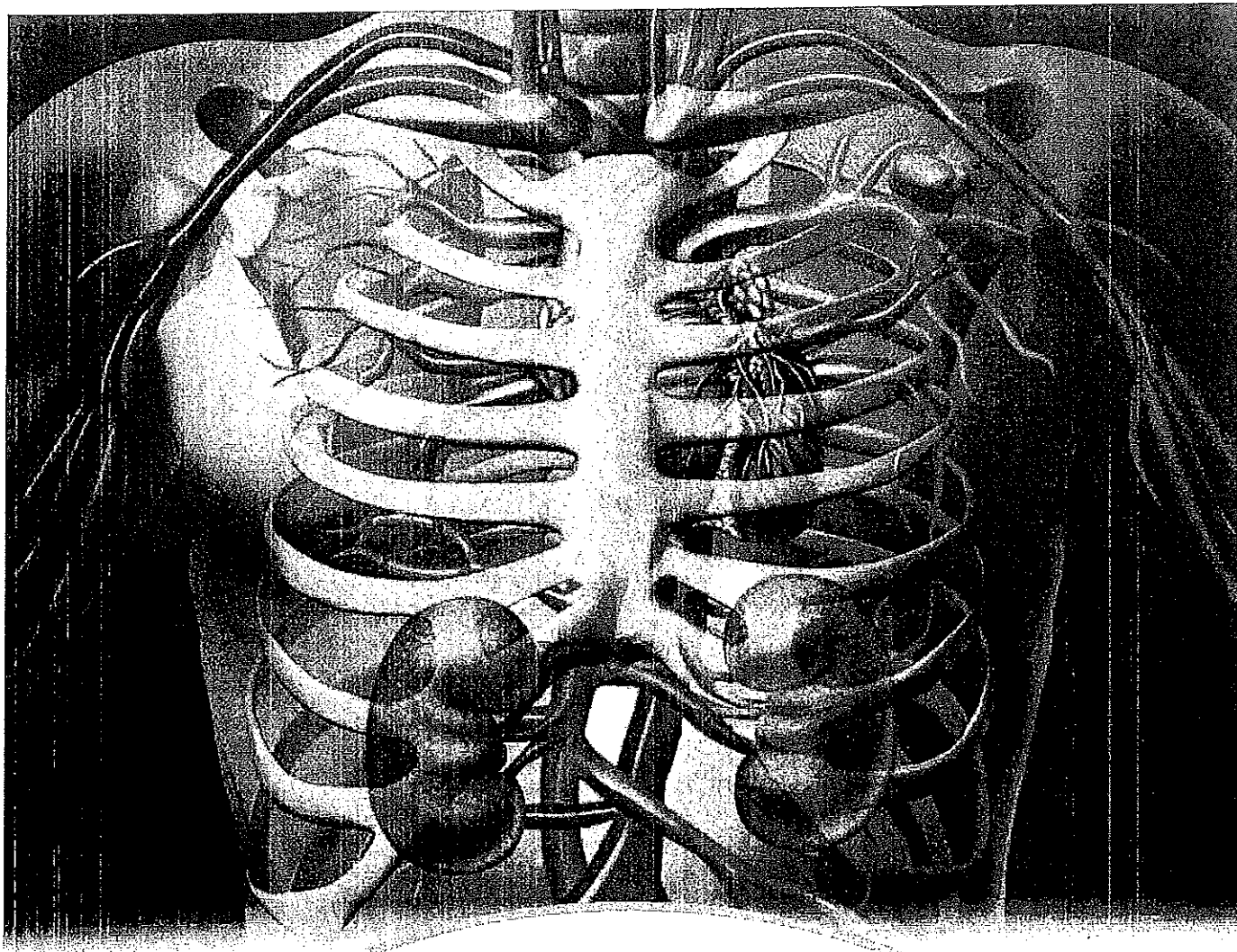


7

ChC

A.H.A.H.





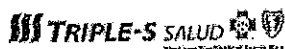
ASES

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

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 Rivera
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, 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 siquiátras 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



ASES
Administración de Seguros de Salud



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

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



Handwritten signature and initials.



- 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 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.



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.



6

A.H.A.H.

ASES
Administración de Seguros de Salud
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

A.H.A.H.

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

C

A.H.H.



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



6

A.H.H.



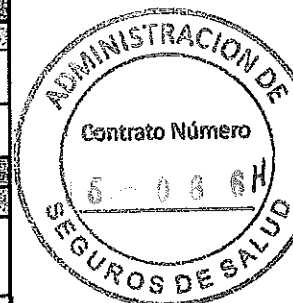
NEFROLOGIA

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]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents [NSAIDS] [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
indomethacin er 75 mg cap er	2	Non-Preferred	INDOCIN	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIALES]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	1	Preferred	KEFLEX	
cefadroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
cephalexin 250 mg/5ml susp	2		KEFLEX	
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años



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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

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


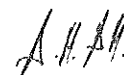


Se recomienda se considere prescribir el medicamento con el costo neto mensual más bajo dentro de cada categoría terapéutica (aquel con el número menor en la escala del 1 al 25), cuando esto sea medicamento apropiado y existan varias alternativas clínicamente viables para el beneficiario.

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGESICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NsAids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	1	Preferred	KEFLEX	
cefadroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
cephalexin 250 mg/5ml susp	2		KEFLEX	
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
Macrolides [Macrólidos]				
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	
clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab	2	Preferred	BIAXIN	
clarithromycin 250 mg/5ml susp	3	Preferred	BIAXIN	
ERY-TAB 500 mg tab dr	3	Preferred		
XI ycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
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		
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	
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		
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	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp	4	Preferred	CIPRO	
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]				
cefactor 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 [Cefalosporinas De Tercera Generación]				
cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	
cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	
ANTI-DIABETIC AGENTS [AGENTES ANTI-DIABÉTICOS]				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]				
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	
Biguanides [Biguanidas]				
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, P
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred		ST, P
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	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 Insulin]				
pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duracion Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		P
Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duracion]				
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 Duracion]				
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 Duracion]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		P
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
Antiemetics [Antieméticos]				
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	



C

A.H.M.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenergicos]				
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	
Angiotensin II Receptor Blockers (Arb) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				
losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	
losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin]				
fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MONOPRIL	
lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZESTRIL	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	1	Preferred	ZESTORETIC	
Calcium Channel Blocking 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	

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	
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-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	

6

A.H.A.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]				
bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Non-Preferred	BUMEX	
furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	LASIX	
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	
Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos No-Selectivos]				
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
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	
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	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS / AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA				
Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa 1-Adrenérgicos]				
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]
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Cobalamins [Cobalaminas]				
cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
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
Folates [Folatos]				
folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Iron [Hierro]				
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5			
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
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	
DIABETES SUPPLIES [SUPLENIENTES PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]				
insulin syringe/needle	1	Preferred		
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDEMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares]				
cholestyramine 4 gm pkt, 4 gm/dose oral pwr	3	Preferred	QUESTRAN	
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fibrico]				
gemfibrozil 600 mg tab	1	Preferred	LOPID	
Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa]				
atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	LIPITOR	
pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab	1	Non-Preferred	PRAVACHOL	
simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	ZOCOR	
pravastatin sodium 40 mg tab	2	Non-Preferred	PRAVACHOL	
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
famotidine 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	PEPCID	



C

A.H.H.

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	
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]				
Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato]				
REVELA 0.8 gm pkt	6	Preferred		PA, P
REVELA 2.4 gm pkt, 800 mg tab	7	Preferred		PA, P
calcium acetate 667 mg cap.	3	Non-Preferred	PHOSLO	
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Calcimimetics [Calcimiméticos]				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina]				
desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln	2	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.2 mg tab	3	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.1 mg tab	4	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Non-Preferred		PA
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]				
cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	PA, P
cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	PA
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		PA, P

6

A.H.A.H.

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

C

A.H.H.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
mycophenolate mofetil 250 mg cap, 500 mg tab	2	Preferred	CELLCEPT	PA
tacrolimus 0.5 mg cap	3	Non-Preferred	PROGRAF	PA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		PA, P
tacrolimus 1 mg cap	4	Non-Preferred	PROGRAF	PA
mycophenolic acid 180 mg tab dr	5	Preferred	MYFORTIC	PA
sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6			PA, P
tacrolimus 5 mg cap	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
mycophenolic acid 360 mg tab dr	7	Preferred	MYFORTIC	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		PA
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]				
calcitriol 0.25 mcg cap	1	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 0.5 mcg cap	2	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 1 mcg/ml soln	5	Preferred	ROCALTROL	
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo De Electrolitos/Minerales]				
potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln	1	Preferred	KAY-CIEL	
potassium chloride cys er 10 meq tab er, 20 meq tab er	1	Preferred	KLOR-CON	
potassium chloride er 10 meq tab er, 8 meq tab er	1	Preferred	KLOR-CON	
potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er	2	Preferred	MICRO-K	
potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral liquid	4	Preferred	KAON CL	
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras De Potasio]				
kalexate oral pwdr	3	Preferred	KAYEXALATE	
sodium polystyrene sulfonate oral pwdr, 15 gm/60ml susp	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
cefaclor	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 refig	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
glimepiride	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 SOLOSTAR	14
levofloxacin	12
lisinopril	15
lisinopril-hydrochlorothiazide	15
losartan potassium	15
losartan potassium-hctz	15

M

MEDROL	21
megestrol acetate	19
metformin hcl	13
metformin hcl er	13
methylprednisolone	21
methylprednisolone (pak)	21
metoclopramide hcl	14
metolazone	17
metoprolol succinate er	16
metoprolol tartrate	16
metoprolol-hydrochlorothiazide	16
mycophenolate mofetil	22
mycophenolic acid	22

N

NEORAL	20, 21
nifedipine er osmotic	16

O

ONGLYZA	13
---------------	----

P

penicillin g procaine	12
penicillin v potassium	12
pioglitazone hcl	14

potassium chloride	22
potassium chloride crys er	22
potassium chloride er	22
pravastatin sodium	19
prednisolone	21
prednisone	21
prednisone (pak)	21
PROCRIT	18
propranolol hcl	17

R

ranitidine hcl	20
RAPAMUNE	22
REVELA	20

S

SANDIMMUNE	21
SENSIPAR	20
simvastatin	19
sirolimus	22
sodium polystyrene sulfonate	22
STIMATE	20
sulfamethoxazole-tmp ds	13
sulfamethoxazole-trimethoprim	13

T

tacrolimus	22
tamsulosin hcl	17
terazosin hcl	15

V

verapamil hcl	16
verapamil hcl er	16

15



A.H.A.H.

CAG

A.H.A.





ASES
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico



Salud Mental

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

A.H.A.

6



15-105-07

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



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rossetti Novas
Gobernador

Sra. Angela M. Ayala 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 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 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 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.

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

Cordialmente,


Angela M. Ayala Marrero
Directora Ejecutiva



✓

A.H.M.





1. Formularios de Medicamentos

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

A.H.M.

- 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.

C



**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
ANTIANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]	9
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	9
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]	9
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	10
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]	10
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o 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

C

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 [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANTI-ADDICTION AGENTS/AGENTS [CONTRA LA ADICCIÓN]				
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]				
buprenorphine hcl 2 mg tab subl. 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA
SUBOXONE subl film 2-0.5 mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg	4	Preferred		PA, C
Detox. Treatment [Tratamiento De Detox]				
b-1 100 mg tab	1	Preferred	THIAMINE	QL
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	
folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	QL, OTC
ibuprofen 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL
loperamide hcl 2 mg cap	1	Preferred	IMODIUM	QL



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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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




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

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



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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

(Handwritten signature)

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 [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANTI-ADDICTION AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN]				
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]				
buprenorphine hcl 2 mg tab subl, 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA
SUBOXONE subl film 2-0.5 mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg	4	Preferred		PA, C
Detox Treatment [Tratamiento De Detox]				
b-1 100 mg tab	1	Preferred	THIAMINE	QL
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	
folic acid 1 mg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	QL
ibuprofen 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL
loperamide hcl 2 mg cap	1	Preferred	IMODIUM	QL
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	
diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	
diazepam 1 mg/ml soln	2	Non-Preferred	VALIUM	
DIAZEPAM INTENSOL 5 mg/ml oral conc	2	Non-Preferred		
lorazepam 2 mg/ml oral conc	2	Non-Preferred	ATIVAN	
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]				
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	VISTARIL	

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

[Handwritten signature]

A.H.H.



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]				
bupropion hcl 75 mg tab	1	Preferred	WELLBUTRIN	
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	
escitalopram oxalate 5mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab	1	Preferred	LEXAPRO	
mirtazapine 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	REMERON	
trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DESYREL	
bupropion hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN	
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr	2	Non-Preferred	WELLBUTRIN XL	
mirtazapine 15 mg odt, 30 mg odt, 45 mg odt	3	Non-Preferred	REMERON	
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]				
citalopram hydrobromide 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	CELEXA	
fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap	1	Preferred	PROZAC	
paroxetine hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	PAXIL	
sertraline hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	ZOLOFT	
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	2	Non-Preferred	ZOLOFT	

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



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]
venlafaxine hcl 100mg tab, 25mg tab, 37.5mg tab, 50mg tab, 75mg tab	1	Preferred	EFFEXOR	
venlafaxine hcl er 150 mg cap er 24 hr, 37.5 mg cap er 24 hr, 75 mg cap er 24 hr	1	Preferred	EFFEXOR XR	
duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap	2	Non-Preferred	CYMBALTA	
Tricyclic Agents [Tricíclicos]				
amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab	1	Preferred	ELAVIL	
doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAN	
imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOFRANIL	
nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	PAMELOR	
doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap	2	Preferred	SINEQUAN	
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPISEÓTICOS]				
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]				
olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	ZYPREXA	
quetiapine fumarate 25 mg tab	1	Preferred	SEROQUEL	

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

C

A.H.H.

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

C A.H.A.H.



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	
chlorpromazine hcl 200 mg tab	4	Preferred	THORAZINE	
haloperidol 20 mg tab	4	Preferred	HALDOL	
MOOD STABILIZERS / ESTABILIZADORES DEL ANÍMO				
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]				
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]

[Handwritten signature]

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

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

U

A.H.H.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	AL 4-20 años
DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL	4	Non-Preferred	DYANAVEL XR	PA, AL 6-20 años
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas 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
SLEEP DISORDER AGENTS [DISORDENES DEL SUEÑO]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	DALMANE	
temazepam 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	RESTORIL	
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]				
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.H.H.



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

C. H.H.H.

ASES
Asociación de Seguros de Salud
SALUD MENTAL

thiothixene 14, 15
trazodone hcl 11

venlafaxine hcl 12
venlafaxine hcl er 12

V

valproic acid 16

Z

zolpidem tartrate 19

12



A.H.A.H.

h

h

h



A.H.H.