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- autorization [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	Υ
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	Υ
ANALGESICS - ANTI- INFLAMMATORY	Interleukin-1 Receptor Antagonist (IL-1Ra)	Kineret Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 100 MG/0.67ML	Υ
ANTHELMINTICS	ANTHELMINTICS	Albenza Oral Tablet 200 MG	Y
ANTHELMINTIĈS	ANTHELMINTICS	lvermectin Oral Tablet 3 MG	Y
ANTHELMINTICS	ANTHELMINTICS	Stromectol Oral Tablet 3 MG	Υ
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes -	Exjade Oral Tablet Soluble	\mathbf{Y}_{i}
ANTAGONISTS	Chelating Agents	125 MG	
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes -	Exjade Oral Tablet Soluble	Υ
ANTAGONISTS	Chelating Agents	250 MG	
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS	Antidotes - Chelating Agents	Exjade Oral Tablet Soluble 500 MG	Y
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes -	Jadenu Oral Tablet 90 MG	Υ
ANTAGONISTS	Chelating Agents		146 - 1
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes -	Jadenu Oral Tablet 180	Υ
ANTAGONISTS	Chelating Agents	MG	2000 B 2000
ANTIDOTES AND SPECIFIC	Antidotes -	Jadenu Oral Tablet 360	Υ
ANTAGONISTS	Chelating Agents	MG	
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Aprepitant Oral Capsule 80 MG	Y

A.M.A.M.



Contrato Número

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [Pre- autorización] Y=Yes
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	Aprepitant Oral Capsule 125 MG	Y
ANTIEMETICS	Substance P/Neurokinin 1 (NK1) Receptor Antagonists	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	Υ
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	## 10 PY 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Antibiotics	Novantrone Intravenous Concentrate 20 MG/10ML	Υ

1.1.11.



Contrato Número

ProS DE SP

			Prè- autorization
Therapeutic Category	Therapeutic Class	Drug Description	[Pre-
[Categoría Terapéutica]	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	autorización] Y=Yes
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Mitoxantrone HCI	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antiblotics	Intravenous Concentrate	
		25 MG/12.5ML	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Mitoxantrone HCI	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antibiotics	Intravenous Concentrate	
		20 MG/10ML	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Mitoxantrone HCl	Υ Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antibiotics	Intravenous Concentrate	
		30 MG/15ML	
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antimetabolites	Tabloid Oral Tablet 40 MG	Υ
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Rituxan Intravenous	γ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antibodies	Salution 100 MG/10ML	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Rituxan Intravenous	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Antibodies	Solution 500 MG/50ML	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Erivedge Oral Capsule 150	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Hedgehog Pathway	MG.	
	Inhibitors =		全国1000年4月
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Xtandi Oral Capsule 40	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Hormonal and	MG	
	Related Agents		
ANTINEOPLASTICS AND	 Antineoplastic = 	Lysodren Oral Tablet 500	7. july - Y eb 13. july 1
ADJUNCTIVE THERAPIES	Hormonal and	MG	
	Related Agents		Samuel Hillerich
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic -	Fareston Oral Tablet 60	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Hormonal and	MG	
	Related Agents		
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Sutent Oral Capsule 37.5	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	Y
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Votrient Oral Tablet 200	ī
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG Tykerb Oral Tablet 250	Y
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	normality of the second of	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG Sutent Oral Capsule 12.5	Y
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	MG	'
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	Sutent Oral Capsule 50	Y
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Sutent Gran Capsule 30	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors Antineoplastic	Sutent Oral Capsule 25	Υ
ANTINEOPLASTICS AND	Enzyme Inhibitors	MG	'
ADJUNCTIVE THERAPIES	The second secon	Tarceva Oral Tablet 25	Y
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	MG	
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	在中国中国的中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国	实在中央中的300mm的主要的工作信息。F

1.1.11.



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization '[Pre- autorización] Y=Yes
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Tarceva Oral Tablet 100	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	west the second of a sector of the sec
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic.	Tarceva Oral Tablet 150	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	對於 第二個數量的原金
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Bosulif Oral Tablet 500	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	en watako – propagi kuro, bil
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic –	Bosulif Oral Tablet 100	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	 Enzyme Inhibitors 	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Afinitor Disperz Oral	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	Tablet Soluble 2 MG	arraina a ann a ag eile agus an an an
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Afinitor Disperz Oral	The Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	Tablet Soluble 3 MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Afinitor Disperz Oral	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	Tablet Soluble 5 MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Tafinlar Oral Capsule 50	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Tafinlar Oral Capsule 75	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	Belleti visis Silvine, New Jerlie en Varietie
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Mekinist Oral Tablet 0.5	$\mathbb{R} \geq \mathbb{R} \left\{ \mathbb{R} \left\{ \mathbf{x}_{i} \in \mathbb{R}^{n} : i \in \mathcal{T}_{i} \right\} \right\}$
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzymė Inhibitors	— MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Mekinist Oral Tablet 2	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Imbruvica Oral Capsule	16:14 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30 - 15:30
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	140 MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Zelboraf Oral Tablet 240	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	Company of the contract of the
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Ibrance Oral Capsule 75	Y (*)
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	A. A
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Ibrance Oral Capsule 100	Υ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Ibrance Oral Capsule 125	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Cotellic Oral Tablet 20	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Niniaro Oral Capsule 2.3	γ
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	20 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
ANTINEOPLASTICS AND	Antineoplastic	Ninlaro Oral Capsule 3	Y
ADJUNCTIVE THERAPIES	Enzyme Inhibitors	MG	
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES	Antineoplastic Enzyme Inhibitors	Ninlaro Oral Capsule 4 MG	Y

And the second of the second o

A.H.Al.



			Pre-
			autorization
Therapeutic Category	Therapeutic Class	Drug Description	[Pre-
[Categoría Terapéutica]	[Clase Terapéutica]	[Descripción de la Droga]	autorización]
			Y=Yes
ANTIRCYCLLOTICS (ANTIRAANIC	Benzisoxazoles	Risperdal Consta	Y
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	pelizisoxazoles	Intramuscular Suspension	•
AGENTS		Reconstituted 12.5 MG	
	Benzisoxazoles	Risperdal Consta	γ
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Benzisoxazoies	Intramuscular Suspension	
AGENTS		Reconstituted 37.5 MG	
		and the settled the second of	<i>Υ</i>
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Benzisoxazoles	Risperdal Consta	Ţ
AGENTS		Intramuscular Suspension Reconstituted 50 MG	
			erikania (interioral alterioral alterioral
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Benzisoxazoles	Risperdal Consta	于1899年 人 多多多集
AGENTS		Intramuscular Suspension	
· 1000年1月1日 (1000年1月1日)		Reconstituted 25 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER	Y
AGENTS		Oral Tablet Extended	
AAN	en vine van var en	Release 24 Hour 200 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER	Y
AGENTS	region de la companya de la company	Oral Tablet Extended	a de la compania de l
		Release 24 Hour 300 MG	\$150 SERVED # 150
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER	Υ
AGENTS		Oral Tablet Extended	
		Release 24 Hour 400 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER	2003-20- Y 2-76-835
AGENTS		Oral Tablet Extended	
		Release 24 Hour 50 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Quetiapine Fumarate ER	Υ
AGENTS		Oral Tablet Extended	ĺ
		Release 24 Hour 150 MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Clozaril Oral Tablet 100	Y
AGENTS		i MG == i sees	建筑企业等 。
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Clozaril Oral Tablet 25 MG	Υ
AGENTS			
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Clozapine Oral Tablet 100	γ.
AGENTS		MG	
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC	Dibenzapines	Clozapine Oral Tablet 25	Υ
AGENTS		MG	
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Hepsera Oral Tablet 10	γΥ
		■MG	
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Adefovir Dipivoxil Oral	Υ
	, ,	Tablet 10 MG	
ANTIVIRALS	- Hepatitis Agents	Entecavir Oral Tablet 0.5	Y
		MG	
,我们要要是一个,我们就会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会会	A CONTRACT OF STREET AND STREET AND ADDRESS OF THE STREET, AND ADDRESS OF T	The state of the s	

A.H.A.

0

Contrato Número

DreCorization S DE Shirt

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [Pre- autorización] Y=Yes
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Entecavir Oral Tablet 1 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Baraciude Oral Tablet 0.5 MG	Y
ANTIVIRALS	Hepatitis Agents	Baraclude Oral Tablet 1 MG	Y
CORTICOSTEROIDS	Glücocorticosteroid \$	Entocort EC Oral Capsule Delayed Release Particles 3 MG	Υ
CORTICOSTEROIDS	Glucocorticosteroid s	Budesonide Oral Capsule Delayed Release Particles 3 MG	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Gel 0.05 %	Υ.
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Gel 0.1 %	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Cream 0.05 %	Y
DERMATOLOGICALS	Antipsoriatics	Tazorac External Cream 0.1 %	Υ
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Forteo Subcutaneous Solution 600 MCG/2:4ML	γ ************************************
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	
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Pamidronate Disodium Intravenous Solution 30 MG/10ML	Υ
ENDOCRINÉ AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Pamidronate Disodium Intravenous Solution 90 MG/10ML	Y comment
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Pamidronate Disodium Intravenous Solution 6 MG/ML	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Alendronate Sodium Oral Tablet 40 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Fosamax Oral Tablet 40 MG	Y
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.	Bone Density Regulators	Prolia Subcutaneous Solution 60 MG/ML	Y

A.H.A.



Comusão Número

OF COMUSÃO NÚMERO

OF SE

Presido PESE

OF SE

OF

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [Pre- autorización] Y=Yes
ENDOCRINE AND METABOLIC	Hormone Receptor	Raloxifene HCl Oral Tablet	Υ
AGENTS - MISC.	Modulators	. 60 MG	
ENDOCRINE AND METABOLIC	Hormone Receptor	Evista Oral Tablet 60 MG	Y
AGENTS - MISC.	Modulators		经收益的基础
ENDOCRINE AND METABOLIC	Growth Hormone	Somavert Subcutaneous	Υ
AGENTS - MISC.	Receptor	Solution Reconstituted 10	
	Antagonists	MG	_ 1.00 × 30 10 × 100 × 1
ENDOCRINE AND METABOLIC	Growth Hormone	Somavert Subcutaneous	
AGENTS - MISC,	Receptor	Solution Reconstituted 15	
	Antagonists	MG	
ENDOCRINE AND METABOLIC	Growth Hormone	Somavert Subcutaneous	Υ
AGENTS - MISC.	Receptor	Solution Reconstituted 20	
ā.	Antagonists	MG	
ENDOCRINE AND METABOLIC	Growth Hormone	Somavert Subcutaneous	γ.
AGENTS - MISC.	Receptor	Solution Reconstituted 25	
	Antagonists	○ MG	
ENDOCRINE AND METABOLIC	Growth Hormone	Somavert Subcutaneous	Υ
AGENTS - MISC.	Receptor	Solution Reconstituted 30	
	Antagonists	MG	
HEMATOLOGICAL AGENTS = MISC.	'Antihemophilic Products	Feiba NF Intravenous Solution Reconstituted	-1,000 Y - 200
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Feiba VH Immuno	Υ
MISC.	Products	Intravenous Solution	
r		Reconstituted	
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Antihemophilic Products	Feiba Intravenous Solution Reconstituted	Y
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Eloctate Intravenous	Υ
. MISC.	Products	Solution Reconstituted	
		250 UNIT	
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Eloctate Intravenous	\mathbf{Y}_{i}
. ∃ MISC. ₹	Products	Solution Reconstituted	
		- 500 UNIT	
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Eloctate Intravenous	Y
MISC.	Products	Solution Reconstituted	
		750 UNIT	
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Eloctate Intravenous	
MISC.	Products	Solution Reconstituted	
		1000 UNIT	
HEMATOLOGICAL AGENTS -	Antihemophilic	Eloctate Intravenous	Υ
MISC.	Products	Solution Reconstituted	
		1500 UNIT	

A.H.A.

 $(y_{ij},y_{ij}) = (M_{ij} \otimes M_{ij} \otimes$



Pre s DE SE

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	. Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre autorization [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	
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.	Platelet Aggregation Inhibitors	Effient Oral Tablet 10 MG	Υ
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	Zörtress Oral Tablet 0.5 MG	Υ
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES	Systemic Lupus Erythematosus Agents	Benlysta Intravenous Solution Reconstituted 120 MG	Υ
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES	Systemic Lupus Erythematosus Agents	Benlysta Intravenous Solution Reconstituted 400 MG	Y
NEUROMUSCULAR AGENTS	Neuromuscular Biocking Agent - Neurotoxins	Botox Injection Solution Reconstituted 200 UNIT	Υ
NEUROMUSCULAR AGENTS	Neuromuscular Blocking Agent Neurotoxins	Botox Injection Solution Reconstituted 100 UNIT	Y
OPHTHALMIC AGENTS	Ophthalmic Steroids	Tobradex Ophthalmic Suspension 0.3-0.1 %	Υ
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 Ophthalmi∈ Solution 0.01 %	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard S/D Intravenous Solution Reconstituted 5 GM	Y

A.H.A.



Contrato Número

Preorizationi
[Pre-

Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [Pre- autorización] Y=Yes
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard S/D Intravenous Solution Reconstituted 10 GM	
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 . 1. 1. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2.
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gamunex-C Injection Solution 1 GM/10ML	<u>Y</u>
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gamunex-C Injection : Solution 2-5 GM/25ML Gamunex-C Injection	Y Y
TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Solution 5 GM/50ML Gamunex-C Injection Solution 20 GM/200ML	V Anna Sangar
TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gamunex-C Injection Solution 10 GM/100ML	Υ .
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gammaked Injection Solution 1 GM/10Mt Gammaked Injection	Y
TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Solution 2.5 GM/25ML Gammaked Injection	Y
TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Solution 5 GM/50ML Gammaked Injection Solution 10 GM/100ML	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Gammaked Injection Solution 20 GM/200ML Gammagard Injection	Ý
TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Solution 1 GM/10ML Gammagard Injection	Y
TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Solution 2.5 GM/25ML Gammagard Injection Solution 5 GM/50ML	Υ
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS	Immune Serums	Gammagard Injection Solution 10 GM/100ML Gammagard Injection	Y
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS PASSIVE IMMUNIZING AND	Immune Serums	Solution 20 GM/200ML Gammagard Injection	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
TREATMENT AGENTS		Solution 30 GM/300ML	

 $(4.4) \quad (4.4) \quad (4.4$

A.H.A.



Therapeutic Category [Categoría Terapéutica]	Therapeutic Class [Clase Terapéutica]	Drug Description [Descripción de la Droga]	Pre- autorization [Pre- autorización] Y=Yes
RESPIRATORY AGENTS - MISC.	Cystic Fibrosis	Pulmozyme Inhalation	Υ
	Agents	Solution 1 MG/ML	
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Tetracycline HCl Oral	
		Capsule 250 MG	表现的数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据数据
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Tetracycline HCl Oral	Υ
		Capsule 500 MG	
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Demeclocycline HCl Oral	Υ
		Tablet 150 MG	
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Demeclocycline HCl Oral	Υ
		Tablet 300 MG	
TETRACYCLINES	TETRACYCLINES	Declomycin Oral Tablet	Y
		300 MG	
VASOPRESSORS	Anaphylaxis	Epinephrine Injection	Υ
	Therapy Agents	Solution Auto-injector	
		0.15 MG/0.3ML	
VASOPRESSORS	Anaphylaxis	Epinephrine Injection	Υ
	Therapy Agents	Solution Auto-Injector	
国,1975年第二次共和公司		0.15 MG/0.15ML	(2011) (五)3. 花利gg
VASOPRESSORS	Anaphylaxis	Epinephrine Injection	Υ
	Therapy Agents	Solution Auto-injector 0.3	
		MG/0.3ML	,

ence of the common terms of the contract of the common terms of th

A.M.M.

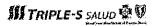






2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

















Hun. Micarda A, Bossotta Measures Cobernador

Sca. Argolo M. Abba Monura Olivetora Kecutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimacia proyeccior.

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 PMC de Salud Física incluye: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIII-SIDA y Sub-físico. Por oro 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 las médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado par los médicos primarios (PCP's por sus siglas en laglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

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

Les exhono a conservar esta gula para su referencia. La misma también está disponible en mæstra página electrónica <u>www.nsespr.org</u>.

Cordialmente,

Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva Contrato Número

OROS DE SAV

A.H.A.





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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

A. La cubierta de farmacia del PSG establece cumo mandatoria el bioequivalentes como primera opción.

el uso de productos genéricos-

Página 3 de 26

AHA





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

Página 4 de 26



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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



A.H.M.









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



Página 6 de 26

Cantrato Número

A.H.All.



English of the second of

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



STAINISTRACION OF

Contrato Número





Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]	ROSDE	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
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]		19
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De 112]	***************************************	19
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]		10
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]		19
Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea]		19
Estrogens [Estrógenos]		20
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]	*************	20
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]		20
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	·····	20
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]	***************************************	20
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]		20
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	************************	21
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]		21
Immune Globulins [Immunoglobulinas]		21
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]	******	22
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]		22
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]		22
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]		22
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]		22
Nonsedating Histamine 1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina 1 No-Seda	ntes]	22
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]	u er e	23
Sedating Histamine I Blocking Agents [Sedantes Bioqueadores Histamine I]		23
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores simpatoriffineticos]	******************************	25



A.M.A.M.





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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Neto	o ner [riei]	Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPE			DRÍA TERAPÉUTICA	\]
		eutic Class [Clase T		
	AN	ALEEBUS JANALGI	51008	
Short-Acting Opio	d Anal	gesics [Analgesicos	Opiodes De Corta D	uracion]:
oxycodone-acetaminophen 5-325 ma tab	1	Preferred	PERCOCET	
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab	3	Preferred	PERCOCET	
AND I AND	1) [1] 1	GENERAL ACETALIONS	and the same of the	
Miscella	neous	Anxiolytics (Ansiolit	icos Miscelaneos)	4
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg	4	Preferred	VISTARIL	
сөр		rielelled	A SO I VICIL	<u> </u>

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El rango de costo neto mensual por beneficiario promedio ("Costo Neto") se incluye en la segunda columna del FMC, para estimar el costo neto mensual de la 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:

74 //. /*//. Página 9 de 26





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

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

A.M.A.

INISTRACIONOR Revisado: 1 de may

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	o Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE			ORÍA TERAPÉUTICA	1
		eutic Class [Clase T	AND DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PROPERT	
		ALEGENICS (ANALGE		
Short-Acting Opio	id Anal	geșics [Analgésicos	Opiodes De Corta D	uración]
oxycodone-acetaminophen				QL=15 días
5-325 mg tab	1	Preferred	PERCOCET	No refills
oxycodone-acetaminophen				
10-325 mg tab, 7.5-325 mg				QL=15 días
tab	3	Preferred	PERCOCET	No refills
			areas la labación da de de la company	
Miscella	neous	Anxiolytics [Ansiolit	icos Misceláneos)	
hydroxyzine pamoate 100				
mg cap, 25 mg cap, 50 mg				
cap	1	Preferred	VISTARIL	
		yatiniyaqeshiraniya		
First Generation 6	ephalo	sponins (Cejalospori	nas De Primera Cen	araidjon)
cephalexin 125 mg/5ml				
susp, 250 mg cap, 500 mg				
cap	1	Preferred	KEFLEX	
cephalexin 250 mg/5ml susp	2	Preferred	KEFLEX	
		Vacrolides (Macrolid	osj – a	
azithromycin 250 mg tab,		<u>.</u>		
500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm pckt, 100				
mg/5ml susp, 200 mg/5ml		D (ZITUDOMAV	
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	ا م	Droformod	ERY-TAB	
mg tab	3	Preferred	ENT-IND	
erythromycin ethylsuccinate	3	Preferred	E.E.S.	
400 mg tab	3	Fieldifed	L.E.U.	
ERYTHROCIN STEARATE	4	Non-Preferred		
250 mg tab	**	NUITE FEIGHTEU		

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

19ES

Revisado:

de mayo de 2017 de mayo de 2017 de centrato Número

	Net			Requirements/
Drug Name [Nombre del	Cost		Reference Name	Limits
Medicamento]	[Costo	Tier [Tier]	[Nombre de	[Requerimientos/
	Neto]		Referencia]	Limites]
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		
Miscellane	ous Anti	bacteriais [Antibac	terianos 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 1	Preferred	FLAGYL	
nitrofurantoin macrocrystal				
50 mg cap	1	Preferred	MACRODANTIN	
nitrofurantoin macrocrystal				
100 mg cap	2	Preferred	MACRODANTIN	
nitrofurantoin monohyd			MAGRORID	
macro 100 mg cap	2	Preferred	MACROBID	
nitrofurantoin oral			ELID AD ANITINI	
suspension 25 MG/5ML	6	Non-Preferred	FURADANTIN	
		enicillins (Penicilin	as _j	
amoxicillin 125 mg/5ml susp,				
200 mg/5ml susp, 250 mg				
cap, , 250 mg/5ml susp, 400				
mg/5ml susp, 500 mg cap,		Dueferred	AMOXIL	
500 mg tab, 875 mg tab	1	Preferred	AIVIONIL	
amoxicillin-pot clavulanate				
200-28.5 mg/5ml susp, 400-				
57 mg/5ml susp, 500-125	1	Preferred	AUGMENTIN	
mg tab, 875-125 mg tab ampicillin 125 mg/5ml susp,		HOIOHOG	7100///2111111	
ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml				
susp, 500 mg cap	1 1	Preferred	PRINCIPEN	
Susp, 500 mg cap	<u> </u>	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	

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

AHA.



Revisado: I do mayo de 201X (Sontrato Número)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost) ler[iler]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/
penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab,	Neto			Limites]
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 BICILLIN L-A 2400000	4	Non-Preferred		
unit/4ml im susp	5	Non-Preferred	iba Passanin é és	
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	
	Sulf	onamides Sulfonar	nidas]	
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 C	e phalo	sporins (Cefalospor	nas De Tercera Gen	eracióni
cefdinir 125 mg/5ml susp,				
300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	
cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	
Table Vag	inal An	libioties (Antibiotie	s 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.A.Al.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cos [Cost	Tier (Tier)	Reference Name [Nombre de	Requirements/ Limits [Requerimientos/
	Neto	\$ 100 PM \$ 200 PM	Referencia]	Límites]
clindamycin phosphate 2 %				
vag crm	3	Preferred	CLEOCIN	
1. 2. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.	44	PACHININS JACHEN DES		
	nsulin	Mixtures (Mezclas Da	e Insulinas]	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100				
unit/ml sc susp	3	Preferred		Р
HUMALOG MIX 75/25 (75-				_
25) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		Р
HUMALOG MIX 50/50 (50-				
50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		P
A STATE OF THE PROPERTY OF THE	Acting	insulins [insulinas L	e Duración Intermed	ia]
HUMULIN N 100 unit/ml sc				_
susp	2	Preferred		Р
A POST CAR CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE P	cting li	isulins [insulinas De	Farga Duracion	
LANTUS SOLOSTAR 100				
unit/ml subcutaneous				1
solution pen-injector	3	Preferred		<u> </u>
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		Р
	eting it	sulns insulnas De	Rapidasparaoloni	
HUMALOG 100 unit/ml sc				_
soln	4	Preferred		Р
the contract of the second sec	cting i	rsulins (insulinas De	Conta Duracion	
HUMULIN R 100 unit/ml inj				
soln	2	Preferred		Р
		emicies (antem	CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	
ர். இந்த Miscellan	eous A	ntiemetics (Antieme	iros Viscelaneos	
metoclopramide hcl 10 mg				
tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg				
tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml		. .	DEOLAN.	
inj soln	1	Preferred	REGLAN	
trimethobenzamide hcl 300		D (TICAN	
mg cap	1	Preferred	TIGAN	

A.H. A.

The state of the s

4SES OB-GYN Revisado: I de mayo de 2017 r

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	o lier[lier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
prochlorperazine edisylate 5				1
mg/ml inj soln	1 1	Preferred	COMPAZINE	
	<u> </u>	Fielefied	COMI AZINE	
prochlorperazine maleate 10	1	Preferred	COMPAZINE	
mg tab, 5 mg tab	1 1	Pielelieu	CONFAZINE	
prochlorperazine 25 mg rect		New Ducksungel	COMPAZINE	
supp	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
	CONTRACTOR OF STREET	DOMESTA VILKETA VENEMEL	A TOTAL SECTION AND ADDRESS OF THE PROPERTY OF	
A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	energic	Agonisis (Agonisia	s Alfa Adrenergicos	
methyldopa 250 mg tab, 500				
mg tab	1	Preferred	ALDOMET	
Cardioselective Bet	a Block	ing Agents [Bloque	adores Beta Cardiosi	alectivos]
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 1	Preferred	LOPRESSOR	
metoprolol tartrate 100 mg				
tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1 1	Preferred	LOPRESSOR	
metoprolol succinate er 100				
mg tab er 24 hr, 200 mg tab				
er 24 hr	2	Preferred	LOPRESSOR	
Cardioselective Beta-Ad	renerai	e Blocking Agents/	Bloqueadores Beta-	Adrenergicos
		- Cardioselectivos		
atenolol-chlorthalidone 100-				14.E
25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol-		LICIONICA	TEROILETTO	
hydrochlorothiazide 50-25				
mg tab	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
metoprolol-		14011 1 10101100	2011(2000)(1101	
hydrochlorothiazide 100-25				
mg tab, 100-50 mg tab	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
my tau, 100-50 my tau		TYON-I TEIENEU	LOLINEOGONITOT	

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

Constitution of the Consti





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	o Herlierj 1	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
Nonselective Bel	a Block	king Agents (Bloque	adores Beta No-Sele	ctivos]
propranolol hcl 10 mg tab,				
20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg				
tab	1	Preferred	INDERAL	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	
Vasodilator E	eta Blo	ckers [Bloqueadore	s Bera Vasodilatadoi	es]
carvedilol 12.5 mg tab, 25				
mg tab, 3.125 mg tab, 6.25				
mg tab	1 1	Preferred	COREG	
	· Vas	odilators [Vasodilata	idores]	
hydralazine hcl 10 mg tab,				
100 mg tab, 25 mg tab, 50		,		
mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	
ANTIMA STANTINE	7 4 2 10 10 10 10	GUDRUAL STANDUMI		
	Antitu	bereulars [Aminuber	eulosos]	
isoniazid 100 mg tab, 300				
mg tab	1	Preferred	ISONIAZID	
rifampin 150 mg cap	1	Preferred	RIFADIN	
ethambutol hcl 100 mg tab	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
rifampin 300 mg cap	2	Preferred	RIFADIN	
ethambutol hcl 400 mg tab	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
isoniazid 50 mg/5ml syr	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
rifabutin 150 mg cap	6	Preferred	MYCOBUTIN	Puerto Rico
RIFAMATE 50-300 mg cap				Health
				Department
				Tuberculosis
TRECATOR 250 mg tab				Control Program
Miscellaneous A	atimyce	ingererges/Andmie) ध्वलाम्। वागण्डगागड ः	Heo2]
dapsone 100 mg tab, 25 mg		5 (DARCONE	
tab	2	Preferred	DAPSONE	
		i ince Agir Masilagai ilungais (Antitungai	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	
terconazole 0.4 % vag crm,				
0.8 % vag crm	2	Preferred	TERAZOL	

A.H.M.





Cost [Cost Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
lon-Ant	inalarials (Antiprete	zoarios No-Antimala	ıráricos]
4	Preferred		PA
	HAVIKAVAS ŽVYDINŽII	EALES]	
iherpeti	c Agents (Agentes A	intifiérpéticos]	
1	Preferred	ZOVIRAX	
2	Preferred	ZOVIRAX	
-Influen	za Agents [Agentes	Antiinfluenza]	
3	Preferred		
4		TAMIFLU	
- 1			
			dores ?
dos/Nuc	contraction to a land and an extra shear an under the section of section	As a ware deposit of the forting and the second sec	
2	Non-Preferred	RETROVIR	
		<u> </u>	
		And the second s	
Antic	oadulanis Aphleoae	illanites	
_ [
2	Preferred	HEPARIN	
	Dyafawad	LIED A DINI	
3	Preferred	HEPARIN	
2	Dreferred	HEDARIN	
3	Fieletteu	HELMIN	
8	Preferred	HEPARIN	
<u> </u>			
1	Preferred	VIT B-12	
	Cost [Cost Neto Neto A I I I I I I I I I I I I I I I I I I	Neto Ne	Cost Costo Neto Costo Costo

A.H.M.



Revisado: 1 de mayo de 201670
Contrato Marie de 1906 d

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
	INGIO	I sk∂FolatëskBolatës)		
folic acid 1 mg tab, 400 mcg			- Contract of the Contract of	
tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
	李明 8章 海里 第二十二章	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	Preferred		
BONE DESCRIA		ANGERS PROPERTY		OSEA
	Bisp	hosphonates Bifosf	onatos]	
alendronate sodium 10 mg				
tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70			========	
mg tab	1	Preferred	FOSAMAX	
		nandikaan kaalooninyin	A STANDARD TO THE STANDARD TO	
344 (1)(2)(1)(1)(2)(2)(2)(2)(2)(2)(2)(2)(2)(2)(2)(2)(2)		Rescue Agents (Ante		-Olicoj
leucovorin calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg			, =1100\/0PM	
tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg		. .	LEUGOVORINI	
tab	9	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 50 mg				
inj, 100 mg inj, 200 mg inj,	,	Non-Preferred	LEUCOVORIN	
350 mg inj, 500 mg inj	9			LUAT ***
1911/1911/1911	inette-t	Releasing (Lhirh) Ana	in the second of the second	
LUPRON DEPOT 11.25 mg	6	Preferred		PA, P
im kit, 3.75 mg im kit	0	rteleffed		ГА, Г
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg	7	Non professed		PA
subcutaneous implant		Non-preferred	og neměpá v product osa rozvač	
	SAVORIUI	siamines Antihistan		
hydroxyzine hcl 10 mg tab,				
10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml	1	Preferred	ATARAX	
syr, 25 mg tab, 50 mg tab	1	rielelleu	ATANAA	

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

V





Topical Antifungals [Antifungales Topicos] Colorimazole 1 % crm	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cos [Cost	t o Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/
clotrimazole 1 % crm		ALL DESIGNATIONS OF THE PARTY O			Limites]
Insulin syringe/needle 1 Preferred Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras] sucralfate 1 gm fab 1 Preferred CARAFATE CARAFATE CARAFATE 1 gm/10ml susp 3 Non-Preferred Histamine 2 (Hz) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De Hz] famoticine 20 mg fab, 40 mg fab, 75 mg/15ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg fab, 75 mg/15ml syr 1 Preferred ZANTAC Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales] hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm 2 Preferred ANALPRAM-HC pramcort 1-1 % rect crm 2 Preferred ANALPRAM-HC Insulin syringe/needle 1 Preferred PROVERA alyacen 1/35 1-35 mg-mcg fab, 5 mg fab 1 Preferred PROVERA alyacen 1/35 1-35 mg-mcg fab 2 Preferred ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg fab 2 Preferred ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg fab Preferred PROVERA Preferred PROVERA ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg fab Preferred PROVERA Preferred PROVERA ARANELLE PA Preferred PROVERA ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg fab Preferred PROVERA ARANELLE PA PROVERA ARANELLE PA PROVERA ARANELLE PA PROVERA ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg fab Preferred PROVERA ARANELLE PA PROVERA ARANELLE PA PROVERA ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg fab Preferred PROVERA ARANELLE PA PROVERA ARANELE PA PR	A terminal application of the process of the state of the	pical/A	THE THE PARTY OF T	Chief Control of the	T OTO ()
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas] Insulin syringe/needle		1 1			010 (crm)
Insulin syringe/needle		1 			
insulin syringe/needle 1 Preferred . GASEROINEESTINAL AGENTS [AGENTES CANEROINTES TENALES] Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras] 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 Preferred ANALPRAM-HC pramcort 1-1 % rect crm 2 Preferred ANALPRAM-HC HORMIONAL AGENTS [Agentes Para La Dismenorrea] medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab 1 Preferred PROVERA alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab 2 Preferred ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab 2 Preferred PROVERA	CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF			The state of the s	
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras] sucralfate 1 gm tab	A STATE OF THE STA	edles d	Control of the second s	veringuliasj	T T
Sucralfate 1 gm tab	insulin syringe/needle	1			
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-Inflamtatorios 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 Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismeriorrea]		STOREST CHESTS SEE A.	a section between the section of the		
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-Inflammatorios Rectales] hydrocortisone ace- pramoxine 1-1 % rect crm, 2 Preferred ANALPRAM-HC pramcort 1-1 % rect crm 2 Preferred ANALPRAM-HC HORMONAL CENTRAL INTESTIGATION DESTRUCTION DE LA PROVERA alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab 2 Preferred ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab Preferred Provincia Preferred PA	A	nti-Ulci	AND THE PERSON NAMED IN TH	10-and the Parent of Section S	
Histamine 2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2] famotidine 20 mg tab, 40 mg tab		1		CARAFATE	
famotidine 20 mg tab, 40 mg tab					
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 Norwick AGENTSTAGENTES Para La Dismeriorrea] medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred PROVERA alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab 2 Preferred ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab 2 Preferred PROVERA PA	Histamine2 (H2) R	ecepto	r Antagonists [Antag	onistas Del Recepto	r De H2
ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr 1 Preferred ZANTAC Rectal Antisinflammatories Antisinflamatorios 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	famotidine 20 mg tab, 40 mg				
150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr 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 Hornonal Agents [Agentes Para La Dismeriorrea]		1	Preferred	PEPCID	
tab, 75 mg/5ml syr 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 ACE RISTACINIES HORMONALES	•				
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 (ACLINES 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 CRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab 2 Preferred PA					
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 (ALENTES HORMONAL) 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 CRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab 2 Preferred PA		1			
pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm 2 Preferred ANALPRAM-HC pramcort 1-1 % rect crm 2 Preferred ANALPRAM-HC HORMONAL ACENISTACI NES 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 CRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab 2 Preferred PA	412-604-30-344	itişintla	mmatories Amilania	matorios Redales i	
2 Preferred ANALPRAM-HC pramcort 1-1 % rect crm 2 Preferred ANALPRAM-HC HORMONAL AGENTS TACENTES 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 CRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab 2 Preferred PA					
pramcort 1-1 % rect crm 2 Preferred ANALPRAM-HC HORMONAL ACENTS (ACENTS (ACENTS) 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 CRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab 2 Preferred PA			n .		
Bornon Al AGENTS TACINES HORNONAL RS Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismeriorrea] medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred PROVERA alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab 2 Preferred ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab 2 Preferred PA					
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 CRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab 2 Preferred PROVERA					
medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab1PreferredPROVERAalyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab2PreferredARANELLEPACRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab2PreferredPA					The second
acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred PROVERA alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab 2 Preferred ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab 2 Preferred PA		orrhead	Agents Agentes Hat	a Paraismenomea	
tab, 5 mg tab 1 Preferred PROVERA alyacen 1/35 1-35 mg-mcg 2 Preferred ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab 2 Preferred PA					
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg 2 Preferred ARANELLE PA CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab 2 Preferred PA			D = f = †		
tab2PreferredARANELLEPACRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab2PreferredPA		1	Preferred	PROVERA	
CRYSELLE-28 0.3-30 mg- mcg tab 2 Preferred PA	1 2		Duntaunad	ADANELLE	D.4
mcg tab 2 Preferred PA			Preierred	AKANELLE	PA PA
		,	Dreferred		ÐΛ
(F)			FIGICITEG		ΓΛ.
tab 2 Preferred PA	•	9	Preferred		PΔ
LOW-OGESTREL 0.3-30			FICIONEG		17
mg-mcg tab 2 Preferred PA		9	Preferred		PA

J.H.All.

V





	Net			Requirements/
Drug Name [Nombre del	Cost		Reference Name	Limits
Medicamento]	[Cost	Maria (a) (a) (b) (a) (b) (b) (b) (c) (c) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d	[Nombre de	[Requerimientos/
Wedicamentoj	Neto]		Referencia]	Limites
		sitogens, Estrogen	ro Silis and Silis a	
catrodial 1 mg tab 2 mg tab	1	Preferred	ESTRACE	
estradiol 1 mg tab, 2 mg tab	<u> </u>	Fleieneu	LOTITAGE	
estropipate 0.75 mg tab, 1.5	1 1	Preferred	ESTROPIPATE	
mg tab	2	Preferred	ESTROPIPATE	
estropipate 3 mg tab				
SHOUTH AND AND AND ASSESSED TO SELECT AND ASSESSED TO SELECT AND ASSESSED ASSESSED.	is and	Progestins (Estrége)		
estradiol-norethindrone acet		N 5 6 1	A OTIVEL 1 A	
1-0.5 mg tab	4	Non-Preferred	ACTIVELLA	
THE WASHINGTON TO SELECT A SECTION ASSESSMENT OF THE PARTY OF THE PART	Incoco	ilicosteroids (Cluco	corticoides)	
betamethasone sod phos &			,	
acet 6 (3-3) mg/ml inj susp	2	Preferred	CELESTONE	
M Company of the Comp	neralo	corticords Mineralo	conticoides]	
fludrocortisone acetate 0.1		•		
mg tab	1 1	Preferred	FLORINEF	
	hyroid	Hormones (Hormon	a Tiroideaj	
levothyroxine sodium 100				
mcg tab, 112 mcg tab, 125				
mcg tab, 137 mcg tab, 150				
mcg tab, 175 mcg tab, 200				1
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
28 Sept 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	43.653.453.45	strogens (Estrogen	os yagınalı	
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		

A.M.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
Company of the Compan		PROSSANTS JUMINIU		
A STANCE OF A STANCE OF ST	lucoco	ticosteroids [Gluco	corticoides]	
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	
dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln	1	Preferred	DECADRON	
KENALOG 10 mg/ml inj susp	1	Non-Preferred		
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	1
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	
KENALOG 40 mg/ml inj susp	5	Non-Preferred		
	nmune	elejaulingsjammino <u>e</u>	logulinas)	
RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit	4	Preferred		

JAM.

SWINISTRACION Revisado: 1 de mayonda 2011/200

A DATE OF THE PARTY OF THE PART	THE RESERVE AND A PARTY	Tier [Tier] DEROIP VALUES (VINERS)		Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
P	renatal	Vitamins [Vitaminas	Prenatales]	
			PRENATAL	
prenatal tab	1	Preferred	VITAMINS	
1. 10 (1) 12 13 13 15 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16	AND THE RESERVE AND THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE PART	ACONTS ACONTO		
Anticholinergic	Bronch	odilators [Broncodil	atadores Anticoliné	rgicos]
ipratropium bromide 0.02 %				
inh soln	1	Non-Preferred	ATROVENT	
Inhaled	Cortice	isteroids [Corticoste	roides inhalados) -	
FLOVENT DISKUS 100				
mcg/blist inh aer pwdr, 250				
mcg/blist inh aer pwdr, 50	İ			QL = 1 pompa /
mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		30 días, P
FLOVENT HFA 110 mcg/act				QL = 1 pompa
inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		/ 30 días, P
ADVAIR DISKUS 100-50				
mcg/dose inh aer pwdr, 250-				QL = 1 pompa /
50 mcg/dose inh aer pwdr	4	Preferred		30 días, ST, P
ADVAIR HFA 115-21				
mcg/act inh aer, 45-21				QL = 1 pompa /
mcg/act inh aer	4	Preferred		30 días, ST, P
budesonide 0.25 mg/2ml inh				
susp, 0.5 mg/2ml inh susp,	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
budesonide 1mg/2ml inh				
susp	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act				QL = 1 pompa
inh aer	4	Preferred		/ 30 días, P
ADVAIR DISKUS 500-50				QL = 1 pompa /
mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		30 días, ST, P
ADVAIR HFA 230-21	_			QL = 1 pompa /
mcg/act inh aer	5	Preferred		30 días, ST, P
Nonsedating Histamine / Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 No Sedantes]				
loratadine 10 mg tab	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 [Limite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

A.A.A.

Revisado: 1 de mayo de 2017



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
Sedating Histamine	A Bloc	king Agents (Sedant	es Bloqueadores His	stamine1]
promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25				
mg/5ml syr	1	Preferred	PHENERGAN	
Sympathomimetic	Bronch	odilators [Broncodi	aladores Simpatomi	méticos]
albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb				
soln	1	Preferred	ALBUTEROL	
terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	BRETHINE	
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	1	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, P



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

- And Section





	ERY-TAB	
A	ERYTHROCIN STEARATE	11
A	erythromycin base	11
	erythromycin ethylsuccinate	
acyclovir17	estradiol	
ADVAIR DISKUS25, 26	estradiol-norethindrone acet	
ADVAIR HFA25, 26		
albuterol sulfate26	estropipate	
alendronate sodium19	ethambutol hcl	16
alyacen 1/3521		
amoxicillin12	Г	
	F	
amoxicillin-pot clavulanate12, 13	C	20
ampicillin12	famotidine	
atenolol15	FLOVENT DISKUS	
atenolol-chlorthalidone15	FLOVENT HFA	25
azithromycin11	fludrocortisone acetate	22
4	folic acid	18
n		
В	П	
betamethasone sod phos & acet22	Н	
	hanarin andium (naraina)	10
BICILLIN L-A13	heparin sodium (porcine)	
budesonide25	heparin sodium (porcine) pf	
	HUMALOG	
C	HUMALOG MIX 50/50	14
C	HUMALOG MIX 75/25	14
CARAFATE20	HUMULIN 70/30	14
	HUMULIN N	
carvedilol	HUMULIN R	
cefaclor13		
cefdinir13	hydralazine hcl	
cefprozil13	hydrocortisone	
cephalexin11	hydrocortisone ace-pramoxine	
clindamycin hcl12	hydroxyzine hcl	20
clindamycin phosphate14	hydroxyzine pamoate	11
clotrimazole20		
CRYSELLE-2821		
cyanocobalamin18		
	INFED	
D	insulin syringe/needle	20
D	ipratropium bromide	25
17	iron	
dapsone17	isoniazid	
dexamethasone23	IOI MALIA	
dexamethasone sodium phosphate23		
DEXFERRUM19	K	
	MENALOO	22.24
E	KENALOG	. 23, 24
E.E.S. GRANULES12	L	
ELINEST21		
ERYPED 20012	LANTUS	
ERYPED 40012	LANTUS SOLOSTAR	14







leucovorin calcium19	pre-natal formula	24
levothyroxine sodium22	prochlorperazine	15
loratadine26	prochlorperazine edisylate	
LOW-OGESTREL21	prochlorperazine maleate	15
LUPRON DEPOT19	promethazine hcl	
	propranolol hcl	
M		
ALL CORPORATION AND ADDRESS OF THE PROPERTY OF	R	
MACRODANTIN12		
MEDROL23	ranitidine hcl	
medroxyprogesterone acetate21	RELENZA DISKHALER	
methyldopa15	RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit	
methylprednisolone23, 24	rifabutin	
methylprednisolone (pak)24	RIFAMATE	
metoclopramide hcl14	rifampin	16
metoprolol succinate er15		
metoprolol tartrate15	S	
metoprolol-hydrochlorothiazide15	3	
metronidazole12, 13	sucralfate	20
	sulfamethoxazole-tmp ds	13
N	sulfamethoxazole-trimethoprim	13
14	SYNTHROID	23
NEBUPENT17		
nitrofurantoin macrocrystal12	Т	
nitrofurantoin monohyd macro12	1	
nitrofurantoin oral suspension12	TAMIFLU	18
nystatin20	terbutaline sulfate	
· /	terconazole	
	TRECATOR	
0	trimethobenzamide hcl	
oseltamivir phosphate17	THIO DO THE	***************************************
oxycodone-acetaminophen11		
oxycodone-acetaminoprien	V	
Р	VAGIFEM	
•	VENTOLIN HFA	26
penicillin g procaine13		
penicillin v potassium13	Z	
pramcort21	-	
prednisolone24	zidovudine	18
prednisone24	ZOLADEX	
prednisone (pak)24		
•	STATINISTRACION	
	S. W. L. C.	M
		<u> </u>

f.H.H.



Contrato Número

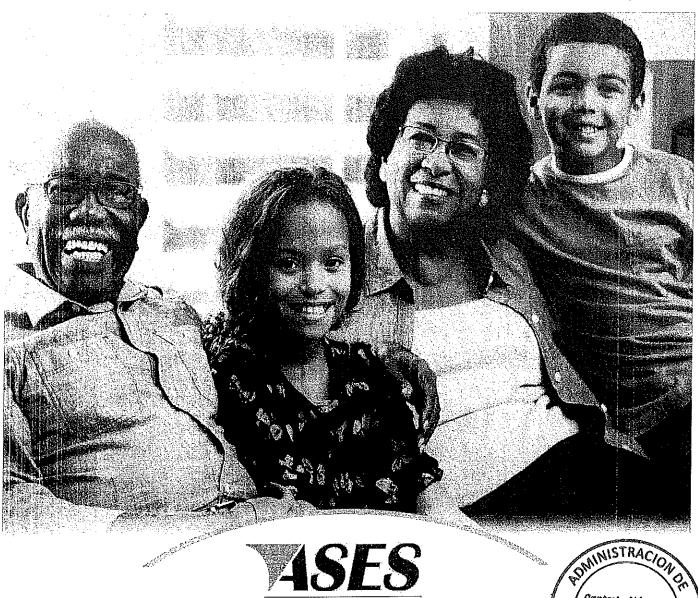








AHA.



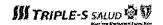
Sub-Formulario de Salud Física

Contrato Número

2017 Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



A.H.A.













Hon. Micardo A. Hossoed Nevorics Goldenschor

Sia, dogola M. Avla Manero Dhechora Hecorba

1 de mayo de 2017

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

Estimada proveedor:

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

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

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

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

Cordialmente,

Angela M. Ávila Marrero Directora Elecutiva Contrato Número

15 - 0 8 8 9

l 11 ki

74SES



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

Contrato Número O DE SPY

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

Página 3 de 35 Revisado 5/12/2017





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

Página 4 de 35 Revisado 5/12/2017



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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

Contrato Número

OFFICUROS DE SAL

A.H.All.



PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

Contrato Número O O O DE SA

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	
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
The state of the s	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
•	

Página 6 de 35 Revisado 5/12/2017





AND TARREST A CENTRALLA CENTRES ANTENTAL DÉTICO CI	17
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	1/
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]	1/
Biguanides [Biguanidas]	1/
Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4]	
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]	
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]	
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]	
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]	
Sulfonylureas [Sulfonilureas]	
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]	
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	18
Phenothiazines [Fenotiazinas]	18
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]	
Antigout Agents [Agentes Antigota]	19
Uricosurics [Uricosúricos]	19
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]	
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]	
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Conve	rtidora De Angiotensin]
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]	19
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbo	
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	20
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos	
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]	
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]	
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio]	21
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	21
Vasodilators [Vasodilatadores]	
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]	
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]	
-	







ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]	POSDES 21
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]	21
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]	22
Antituberculars [Antituberculosos]	22
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	
Antimalarials [Antimaláricos]	
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]	
Dopamine Precursors [Precursores De Dopamina]	
Monoamine Oxidase B (Mao-B) Inhibitors [Inhibidores De Mao-B]	23
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	
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 HIPERTROBENIGNA]	OFIA PROSTÁTICA
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	24
Anticoagulants [Anticoagulantes]	
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]	





SHINISTRACIONO

Contrato Número



Contrato Número

DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]	CON DEST
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	2727
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Miscela	áneos]27
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]	27
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]	27
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneo	os]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 INFLAMATORI	A INTESTINAL]28
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]	
Sulfonamides [Sulfonamidas]	28
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]	28
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]	28
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]	
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]	
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	30
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	30
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	30









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

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

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

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

Drug Name (Nombre del Medicamento)	Net Cost [Cost Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ L(mites]
THERAPE)RÍA TERAPÉUTICA]	
		eutic Class [Clase]		
		NUCKSICE ANALGI		
Nonsteroidal Anti Infl	ammatc	ry Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios-No	Esteroidales]
ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL=5 días
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	QL=5 dlas
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 cep 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

A.H. All.

Página 10 de 35 Revisado 5/12/2017





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:

		Total Community
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
43	шаз ис фудоо	TIAME TOUTON TO THE TOUTON

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

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

AHAM.

01

Página 11 de 35 Revisado 5/12/2017



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.









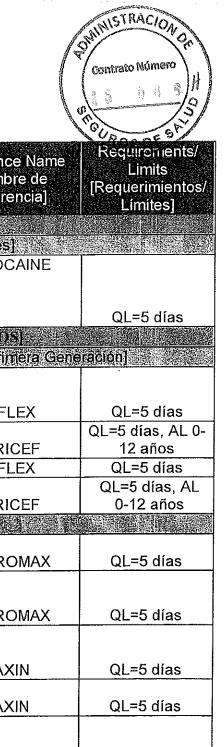


Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE	UTIC C	ATEGORY [CATEGO	DRÍA TERAPÉUTICA]	
	Therap	eutic Class [Clase T	erapéutica]	
		AVEGESTICIST ANALISE	STOOS	
Nonsteroidal Anti-Infl	ammate	ory Agents (NSAIDs).[Anti-inflamatorios No.	Esteroidales
ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL=5 días
nabumetone 500 mg táb, 750 mg táb	. 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 O	noid An	algesics:[Analgesicos	Oprodes De Corta Du	ración] 🔛 💮
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

AAA.

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]	l let [Het]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
	Local A	nestretics (Anestesi	cos Locales]	
			XYLOCAINE	
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	SHURPLIAVNYASSI	QL=5 días
	Control of the Contro	Control of the second s	nas De Primera Gene	reaction less than
cephalexin 125 mg/5ml	i Gepuai	ดยอดแบยได้ยายเดยโกตเ		
susp, 250 mg cap, 500 mg	1	Preferred	KEFLEX	QL=5 días
		Non-Preferred		QL=5 días, AL 0-
cefadroxil 250 mg/5ml susp	2		DURICEF	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 (Macrolid	los] kala k	
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	QL=5 días
azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	QL=5 días
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
Military Miscella	reous A	ntibaereriais (Antibae)	erianos Miscelaneos).	
clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	QL=5 días
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		QL=5 días

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

Página 14 de 35 Revisado 5/12/2017





Drug Name [Nombre del: Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	D Liei [Tiei]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
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		Duetenned	MACRODANTIN	QL=5 días
100 mg cap	2	Preferred	MACKODANTIN	QL-0 dias
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	2	Preferred	MACROBID	QL=5 días
macro roomg cap		Penicilins Penicili		
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			AUGMENTIN	QL=5 días
susp, 875-125 mg tab	1 1	Preferred	AUGIVILITIN	QL-0 dias
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
ciprofloxacin hcl 250 mg tab,	<u> </u>			The state of the s
500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	CIPRO	QL=5 días
levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab	1_	Preferred	LEVAQUIN	QL=5 días
ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp	3	Preferred	CIPRO	QL=5 días
ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp	4	Preferred	CIPRO	QL=5 días

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

Página 15 de 35 Revisado 5/12/2017

A.I.M.





	Net		\	Requirements/
Drug Name [Nombre del	Cost	Tier (Tier)	Reference Name [Nombre de	Limits
, Medicamento]	[Cost	0	Referencia]	[Requerimientos/: Limites]
Second Generalic			orinas/De Ségunda/Ge	neración)
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 (Sulfona	imidas]	
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	n Cepha	alosponns (Cefalospo	rinas De Tercera Gene	eracion)
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
ANI		HEAVORIS LANGUÁGOV		
	Antiq	onvulsants.[Anticonv	usivantes in	
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				O. 7.16
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	İ			
mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg				
tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg		. .	DUENODADDITAL	01 5 16
tab	1	Preferred	PHENOBARBITAL_	QL=5 días
primidone 250 mg tab, 50		D ()	MYOCUNE	01 - 7 - 17 - 1
mg tab	1	Preferred	MYSOLINE	QL=5 días
topiramate 100 mg tab, 200				
mg tab, 25 mg tab, 50 mg			TODALAN	01-5-1
tab	1	Preferred	TOPAMAX	QL=5 días
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred	l i	QL=5 días

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

Página 16 de 35 Revisado 5/12/2017

1.1.11.





	unio se estado estado estado estado estado estado estado estado estado estado estado estado estado estado esta			SDE
Drug Name [Nombre del	Net Cost		Reference Name	Requirements/ Limits
Medicamento]	[Cost		[Nombre de	[Requerimientos/
	Neto]		Referencia]	Limites]
levetiracetam 1000 mg tab,				
750 mg tab	2	Preferred	KEPPRA	QL=5 días
oxcarbazepine 300 mg tab,		Durfrans	TOUCOTAL	QL=5 días
600 mg tab	2	Preferred	TRILEPTAL	QL-5 dias
phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
phenytoin sodium extended		ricicircu	DIL! GVIIIV	QL 0 uiu0
100 mg cap, 200 mg cap,				
300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
phenytoin sodium extended				
100 mg cap, 200 mg cap,			511 11 17 11	01 5 7
300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL=5 días
ethosuximide 250 mg cap,	3	Preferred	ZARONTIN	QL=5 días
250 mg/5ml soln	3	Preferred	ZARONTIN	QL-5 dias
phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln	3	Preferred	PHENOBARBITAL	QL=5 días
ANIADA		VAYEDNIK PAKUNEE		
		a infariolitoris profilòrerore		
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,		D. C. ward	EVELON	
6 mg cap	3	Preferred	EXELON	QL=5 días
The state of the s		Non-Preferred	[Inhibidores De Mac] CARBEX	QL=5 días
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preiened		QL-3 dias
Alpha-Giu	sn2lag2			
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	QL=5 días
tab, 50 mg tab		Eigiranides (Biguani		
metformin hcl 1000 mg tab,			AL DE INC. TO SERVICE SECTION AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE	
500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL=5 días

Página 17 de 35 Revisado 5/12/2017

A.H.A.

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	o I	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
Dipeptidy	Peptida	se 4 (Dpp-4) inhibitor	s [Inhibidares De Dpp	4] 34
KOMBIGLYZE XR 2.5-1000				
mg tab er 24 hr, 5-1000 mg				OL-5-4(CT
tab er 24 hr, 5-500 mg tab er		Duefermed		QL=5 días, ST,
24 hr	3	Preferred		QL=5 días, ST,
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg	3	Preferred		QL-5 dias, 51,
tab		n Wixtures Mezclas D	 	<u> </u>
1 H I M H I N 70/20 (70 20) 100	inisimi	 		QL= 1 vial /
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		30 días, P
		g Agents (Agentes Sei	isibilizantes De Insulir	THE R. P. LEWIS CO., LANSING MICH. LANSING MICH. LANSING.
pioglitazone hcl 15 mg tab,				
30 mg tab, 45 mg tab	1 1	Preferred	ACTOS	QL=5 días
Intermedia	te-Actii	ng Insulins (Insulinas D	e Duración intermedi	alls on the
HUMULIN N 100 unit/ml sc			The second secon	QL= 1 vial /
susp	2	Preferred		30 días, P
	t-Actin	ı İnsulins (İnsulinas De	Corta Duración]	
HUMULIN R 100 unit/ml inj				QL= 1 vial /
soln	2	Preferred		30 días, P
		Sulfonviureas (Sulfon)	ureas i	
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
		ilivi bibliges partoli divi		
Misce	laneou:	s Antiemetics (Antiemé	ticos Misceláneos	
metoclopramide hcl 10 mg				
tab, 5 mg tab, 5 mg/ml inj				01 5 1/
soln	1	Preferred	REGLAN	QL=5 días
trimethobenzamide hcl 300		D. Const	TICAN	OI -E dian
mg cap	1	Preferred	TIGAN	QL=5 días
		nenothazines Eenote	(2)(I G)[-3]	
prochlorperazine maleate 10	4	Preferred	COMPAZINE	QL=5 días
mg tab, 5 mg tab	1	rielelleu	COMI AZINE	QL-0 dias
prochlorperazine 25 mg rect	4	Non-Preferred	COMPAZINE	QL=5 días
supp	4	Non-i reletted	OUNI / 121112	QL O GIGO

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

Página 18 de 35 Revisado 5/12/2017

AH.H.

SPAINISTRACION OF

Contrato Número



			1 101	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]		Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
	Anti	gout Agents (Agentes	Antigotal 34	
allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab colchicine 0.6 mg cap	1 3	Preferred Preferred	ZYLOPRIM MITIGARE	QL=5 días PA
colchicine 0.6 mg tab	3	Non-Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
		Uncosuries [Uricosur	icos[:	
probenecid 500 mg tab	1	Preferred	BENEMID	QL=5 días
ANI	TERVOLUTE	BUDASSIDMIKYANSOHIUI	Nothern States	
Alpha Alpha	Adrener	jic Agonists (Agonista	s Alfa Adrenergicos).	
clonidine hcl 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
Alpha-Adren	ergic Blo	cking Agents [Bloque	adores Alfa Adrenerg	icosja
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	QL=5 días
Angietensin II. Rece	otor Bloc	kersuAio) (Antaconis	tas Del Receptor Ang	iotensina (I)
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 1	Preferred	HYZAAR	QL=5 días
Angiotensin-Converting	Enzyme 1138	Ace) Inhibitors [Imbib Angioleusin]	dores De La Enzima	Convertidora De
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
	iel Bleck	ng Agente Bioqueac	ores De Carrales De C	zalelo je stalikaca stali
amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	NORVASC	QL=5 días

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

Página 19 de 35 Revisado 5/12/2017

A.H.A.

Contrato Número



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost	Tier (Tier)	Reference Name [Nombre de	Requirements/ Limits [Requerimientos/
	Neto		Referencia]	Limites]
diltiazem hcl 120 mg tab, 30				
mg tab, 60 mg tab, 90 mg				01.51/
tab	1	Preferred	CARDIZEM	QL=5 días
verapamil hcl 120 mg tab,	4	Preferred	CALAN	QL=5 días
40 mg tab, 80 mg tab Carbonic Anhydrase In	Mikitara	·		<u> </u>
acetazolamide 125 mg tab,	 inditedis			
250 mg tab	3	Preferred	DIAMOX	QL=5 días
Cardioselective	-		adores Beta Cardiose	
atenolol 100 mg tab, 25 mg			4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	Committee and Secretarial Secretarians of the second section of the section of the second section of the sectio
tab, 50 mg tab	1	Preferred	TENORMIN	QL=5 días
metoprolol succinate er 25				
mg tab er 24 hr, 50 mg tab				01.5%
er 24 hr	1	Preferred	LOPRESSOR	QL=5 días
metoprolol tartrate 100 mg	1	Preferred	LOPRESSOR	QL=5 días
tab, 25 mg tab, 50 mg tab metoprolol succinate er 100	1	Preferred	LOFILLOSON	QL-5 dias
mg tab er 24 hr, 200 mg tab				
er 24 hr	2	Preferred	LOPRESSOR	QL=5 días
Cardioselective Beta	Adrene	raio Biodang Agents	Bloqueadores Beta-A	drenergicos
		Cardioselectivos		
atenolol-chlorthalidone 100-				
25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	QL=5 días
metoprolol-				
hydrochlorothiazide 50-25		Maria Dan farma d	LODDECCODUCT	ا ا ا ا
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
ing tab, 100-30 ing tab		adiuretics (Diureticos		
furosemide 10 mg/ml soln,	100001000000			AND THE RESERVE THE PROPERTY OF THE PROPERTY O
20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg	İ			
tab	1	Preferred	LASIX	QL=5 días
Nonselective E	leta Blo	eking Agenis (Bloque	adiones BelauNo-Selec	fivos ja
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

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

Página 20 de 35 Revisado 5/12/2017

Contrato Número

A.M.A.





Potassium: Sparing Diuretics (Diureticos Conservadores De Rotasio) 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 Diureticos (Diureticos 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, 50 mg tab 1 Preferred LOZOL QL=5 días metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred LOZOL QL=5 días metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred LOZOL QL=5 días Preferred HYGROTON QL=5 días metolazone 10 mg tab 2 Preferred HYGROTON QL=5 días metolazone 10 mg tab 2 Non-Preferred ZAROXOLYN QL=5 días metolazone 10 mg tab 2 Non-Preferred ZAROXOLYN QL=5 días metolazone 10 mg tab 2 Non-Preferred ZAROXOLYN QL=5 días	Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab Thiazide Diuretics [Diureticos Tiazidas] Chlorothiazide 250 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred MAXZIDE QL=5 días Thiazide Diuretics [Diureticos Tiazidas] Chlorothiazide 250 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred DIURIL QL=5 días Chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab DIURIL 250 mg/5ml susp 1 Preferred HYGROTON 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, 50 mg tab 1 Preferred LOZOL QL=5 días metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred LOZOL QL=5 días Chlorthalidone 100 mg tab 2 Preferred HYGROTON QL=5 días	Potassium:\$	paring [Digretics/Digreticos/C	onservadores De Pot	asio] is
triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab Thiazide Diuretics [Diureticos 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 metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab chlorthalidone 100 mg tab 2 Preferred HYGROTON QL=5 días	spironolactone 100 mg tab,				
cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab 1 Preferred MAXZIDE QL=5 días Thiazide Diuretics Diuréticos Tiazidas	25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	ALDACTONE	QL=5 dias
mg tab 1 Preferred MAXZIDE QL=5 dias Thiazide Diuretics [Diureticos Tiazidas] chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab 1 Preferred DIURIL QL=5 dias chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred HYGROTON QL=5 dias DIURIL 250 mg/5ml susp 1 Preferred QL=5 dias hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab 1 Preferred MICROZIDE QL=5 dias indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab 1 Preferred LOZOL QL=5 dias Non-Preferred mg tab Chlorthalidone 100 mg tab 2 Preferred HYGROTON QL=5 dias					
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, 5 mg tab 1 Preferred LOZOL QL=5 días metolazone 2.5 mg tab, 5 Mon-Preferred ZAROXOLYN QL=5 días chlorthalidone 100 mg tab 2 Preferred HYGROTON QL=5 días	cap, 37.5-25 mg tab, 75-50				01 5 45 -
chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab chlorthalidone 25 mg tab, 500 mg tab DIURIL 250 mg/5ml susp DIURIL 250 mg/5ml susp 1 Preferred Preferred HYGROTON QL=5 días Preferred DIURIL 250 mg/5ml susp 1 Preferred MICROZIDE QL=5 días MICROZIDE QL=5 días Preferred MICROZIDE QL=5 días Preferred MICROZIDE QL=5 días Indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg tab I Preferred MICROZIDE QL=5 días Preferred MICROZIDE QL=5 días Preferred MICROZIDE QL=5 días Preferred MICROZIDE QL=5 días Preferred MICROZIDE QL=5 días Preferred MICROZIDE ARROXOLYN QL=5 días PREFERRED PREFERR	mg tab	1			QL=5 dias
500 mg tab1PreferredDIURILQL=5 díaschlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab1PreferredHYGROTONQL=5 díasDIURIL 250 mg/5ml susp1PreferredQL=5 díashydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab1PreferredMICROZIDEQL=5 díasindapamide 1.25 mg tab, 5 mg tab1PreferredLOZOLQL=5 díasmetolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab1Non-PreferredZAROXOLYNQL=5 díaschlorthalidone 100 mg tab2PreferredHYGROTONQL=5 días		Thiaz	de Diuretics (Diuretico	os (lazidas)	
chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab DIURIL 250 mg/5ml susp 1 Preferred DIURIL 250 mg/5ml susp 1 Preferred HYGROTON QL=5 días QL=5 días MICROZIDE QL=5 días Indapamide 1.25 mg tab, 50 mg tab Indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab Preferred Indapamide 1.25 mg tab, 50 mg tab	chlorothiazide 250 mg tab,				
mg tab1PreferredHYGROTONQL=5 díasDIURIL 250 mg/5ml susp1PreferredQL=5 díashydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab1PreferredMICROZIDEQL=5 díasindapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab1PreferredLOZOLQL=5 díasmetolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab1Non-PreferredZAROXOLYNQL=5 díaschlorthalidone 100 mg tab2PreferredHYGROTONQL=5 días	500 mg tab	1	Preferred	DIURIL	QL=5 dias
DIURIL 250 mg/5ml susp 1 Preferred OL=5 días hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab Indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab Preferred Indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 2.5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 2.5 Indapamide 1.25 mg tab, 5 Indapamide 1.25 mg tab, 2.5 Indapamide 1.25 mg t	chlorthalidone 25 mg tab, 50			LD (OD OTO)	015 4/
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 Ron-Preferred ZAROXOLYN QL=5 días chlorthalidone 100 mg tab 2 Preferred HYGROTON QL=5 días				HYGROTON	f
tab, 25 mg tab, 50 mg tab indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab The referred are a single to the referred and the referred are a single to the referred are a single to the referred are a single to the referred are a single tab. The referred are a single tab are a single tab. The referred are a single tab. QL=5 días Chlorthalidone 100 mg tab The referred are a single tab. QL=5 días The referred are a single tab. QL=5 días The referred are a single tab. QL=5 días Chlorthalidone 100 mg tab. The referred are a single tab. QL=5 días The referred are a single tab. QL=5 días Chlorthalidone 100 mg tab. The referred are a single tab. The referred are a single tab. QL=5 días The referred are a single tab. The refer	DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		QL=5 dias
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	hydrochlorothiazide 12.5 mg		<u>.</u>		01 5 3
mg tab1PreferredLOZOLQL=5 díasmetolazone 2.5 mg tab, 5 mg tabNon-Preferred 1ZAROXOLYNQL=5 díaschlorthalidone 100 mg tab2PreferredHYGROTONQL=5 días	tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MICROZIDE	QL=5 dias
metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tabNon-Preferred ZAROXOLYNQL=5 díaschlorthalidone 100 mg tab2PreferredHYGROTONQL=5 días	indapamide 1.25 mg tab, 2.5			1.070,	01-5-15-
mg tab1ZAROXOLYNQL=5 díaschlorthalidone 100 mg tab2PreferredHYGROTONQL=5 días	mg tab	1		LOZOL	QL=5 dias
chlorthalidone 100 mg tab 2 Preferred HYGROTON QL=5 días	metolazone 2.5 mg tab, 5		Non-Preferred		
Chlorinalidorie 100 mg tab		1			
metolazone 10 mg tab 2 Non-Preferred ZAROXOLYN QL=5 dias	chlorthalidone 100 mg tab				
	metolazone 10 mg tab				
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	Vasodilato	r Beta E	llockers Bloqueadore	s Bela Vasodilaiadore	SI CONTRACTOR
carvedilol 12.5 mg tab, 25	carvedilol 12.5 mg tab, 25				
mg tab, 3.125 mg tab, 6.25	mg tab, 3.125 mg tab, 6.25		:		
mg tab 1 Preferred COREG QL=5 dias	_	1			QL=5 dias
Vasodilators [Vasodilatadores]		r to V	asodilators (Vasodilate	adores] . Per la cita	
hydralazine hcl 10 mg tab,	hydralazine hcl 10 mg tab,				
100 mg tab, 25 mg tab, 50					
mg tab 1 Preferred APRESOLINE QL=5 días	mg tab				QL=5 dias
THE PARTIMITIES AND THE AND THE AND THE PARTIES AND THE PARTIE	THE PART OF TAXABLE	CIENT	PAYMENTES ATHINGS	SAMMINI (AT AND A SE	
Beta Adrenergic Blocking Agents (Bloqueadores Beta Adrenergicos)	i se ve vede Adrene	ojo Bio	cking Agents (Bloquea	omes Bels Adrenerg	cos { est est est est est est e
topiramate 100 mg tab, 200					
ma tab. 25 mg tab, 50 mg	mg tab, 25 mg tab, 50 mg				
tab 1 Preferred 1 OPAMAX QL=5 dias	tab				
HE THE EXPLORED AND THE WASHINGTON OF THE PARTY OF THE PA	THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH). 1[-2]-2[-2]-3[-2]-3[-2]
Parasympathommencs (Parasimpatommeticos)					
pyridostigmine bromide 60					
mg tab 2 Preferred MESTINON QL=5 días		2	Preferred	MESTINON	QL=5 días

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

Página 21 de 35 Revisado 5/12/2017

A.H.A.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cosi [Cost	Tier (Tier)	Reference Name [Nombre de	Requirements/ Limits [Requerimientos/
	Neto		Referencia]	Límites]
pyridostigmine bromide 180				
mg tab er	6	Non-Preferred	MESTINON	
ANUM	(4)	CPURIAUS JANUMU		
	a An	tituberculars (Antitube	iculosos	
isoniazid 100 mg tab, 300			1001114710	01 5 1
mg tab	1 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
cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	Health
CAPASTAT SULFATE 1 gm				Department
inj				Tuberculosis
RIFAMATE 150-300 mg cap				Program
TRECATOR 250 mg tab	***************************************			
Lie Tiere	CONTRACTOR OF STATE O	RAKTHIRESEJAMEHDAAR		
	0.00	Antimalanals (Antimala	IIICOS III.	
chloroquine phosphate 250			ADALEN	01 5 1/
mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ARALEN	QL=5 días
hydroxychloroquine sulfate		D (.)	DIAGUENII	
200 mg tab	1	Preferred	PLAQUENIL	QL=5 días
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		QL=5 días
		zavalenias avasevas		
	son Lo	osumetales nobsum	ergicos Antiparkinsor	
amantadine hcl 50 mg/5ml		5 ()		01. 5.55
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	4	Droformad	MIRAPEX	QL=5 días
mg tab, 1.5 mg tab	1	Preferred	MINALEV	QL-0 UIAS
ropinirole hcl 0.25 mg tab,				
0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg	1	Preferred	REQUIP	QL=5 días
tab, 4 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	REQUIP	QL=5 días
ropinirole hcl 2 mg tab	3	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días
amantadine hcl 100 mg cap	<u> </u>	riciciica	O I IAIIAIT I LYFT	QL-0 Glas

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

Página 22 de 35 Revisado 5/12/2017

AMAN.



	Net			Requirements/
Drug Name [Nombre del	Cost		Reference Name	Limits
Medicamento]	[Cost		[Nombre de	[Requerimientos/
	Neto	5 66 1987年(1996)。【一、Prof. 1998年(1996)(196	Referencia]	Limites]
bromocriptine mesylate 2.5				Battings and the Committee of the Commit
mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días
carbidopa-levodopa-		10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-1		
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			OTALE) (O	0151/
mg tab	5	Non-Preferred	STALEVO	QL=5 días
Control of the Contro	amine I	recursors [Precursor	es De Dopamina	I
carbidopa-levodopa 10-100		5 ()	ONENET	O1 F -15
mg tab, 25-100 mg tab	1	Preferred	SINEMET	QL=5 días
carbidopa-levodopa 25-250		5	CINEMET	01-5-16
mg tab	2	Preferred	SINEMET	QL=5 días
carbidopa-levodopa er 25-				
100 mg tab er, 50-200 mg	2	Preferred	SINEMET CR	QL=5 días
tab er				
THE WAR DESCRIPTION OF THE PARTY OF THE PART		e B. (Mao-B). Inflibitors	CARBEX	QL=5 días
selegiline hcl 5 mg tab	3	Preferred	The second secon	QL-5 dias
	5	TO VIEW STANKING AND A		
	Jaloviju	s (Cmv) Agents (Agen	ICS=AMIECHOME(GRICN	(US)
valganciclovir hcl 450 mg			VALOVITE	DA OL 7 16 -
tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA, QL=5 días
AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE	ntherpe	ilic Agents (Agentes A	mmerpeucos)	
acyclovir 200 mg cap, 400	_		70\(\text{\tin}\text{\ti}\\\ \tint{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\tin\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\texi{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\ti}\\\ \tin\tin\tin\tin\tin\tin\tin\tin\tin\tin	O1 T -15
mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	QL=5 días
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	QL=5 días
THE STATE OF THE PROPERTY OF THE PERSON NAMED AND PARTY OF THE PER	ntişlaflü	anza Agents (Agentes	Anninniuenzaj	
amantadine hcl 50 mg/5ml	, 1			01-5-1
syr	1	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días
amantadine hcl 100 mg cap	3	Preferred	SYMMETREL	QL=5 días

Página 23 de 35 Revisado 5/12/2017

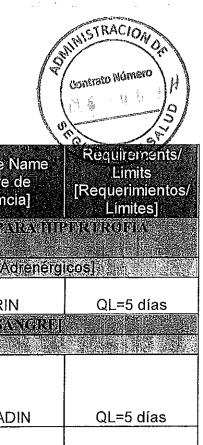
SAMUSTRACION ON

Contrato Número

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



Net



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Limits [Requerimientos/ Limites]
BENGS PROSEATE		nrodenvagienes Rosta licabento		PEXPROFIA
Alpha-Adreni	ergic Blo	cking Agents Bloque	adores Alfa Adrenerg	icosj.
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	QL=5 días
BLOOD	The state of the s		RESTIE LA SANGRE	
	: Anti	coagulants [Anticoag	julantes]	
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
Colo	ny Stimu	ating Factors [Estim	ulantes 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
(2) はおきないははなることをからいるとは、このは、このは、このは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、こ	t Vlocityi	ng Agents (Modificac	lores de Fladueras	
cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	PLETAL	QL=5 días
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	1	Preferred	PLAVIX	QL=5 días
		o prouserverioneles nics Class II Antiarr	(cakibit) (cakib	
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	INDERAL	QL=5 días

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

Página 24 de 35 Revisado 5/12/2017



		SUB FÍSICA	I want	13/
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	o Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
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 INDERAL	QL=5 días QL=5 días
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred mics Type ⊮A [Antiari		QL-5 dias
quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL=5 días
quinidine gluconate er 324 mg tab er quinidine sulfate er 300 mg	2	Preferred	QUINAGLUTE QUINIDINE	QL=5 días
tab er	2	Preferred	SULFATE	QL=5 días
	iambyth	mics Type I-B Antian	tmicos Tipo (-B)	
mexiletine hcl 150 mg cap	2	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
mexiletine hcl 200 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	QL=5 días
Am	iarrhyth	mies Type I-C (Amian	itmicos 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	11	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
The second secon	tiarrhyt	nmics Type III [Antiāri	***	
amiodarone hcl 200 mg tab	1	Preferred	CORDARONE	QL=5 días
A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O	diovase	ular-Agents (Agentes	Cardiovasculares Mis	elaneos).
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)

ISORDIL

Preferred

A.H.M.

QL=5 días

Cantrato Número

isosorbide mononitrate 10

mg tab, 20 mg 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]



			1,1	6,4
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
isosorbide mononitrate er				
120 mg tab er 24 hr, 30 mg				
tab er 24 hr, 60 mg tab er 24				
hr	1	Preferred	IMDUR ·	QL=5 días
NITROSTAT 0.3 mg tab			•	
subl, 0.4 mg tab subl, 0.6				
mg tab subl	1	Preferred		QL=5 días
	CORVAIL	AGENTS AGENTES	THEN LATER YOR AV	JPS]
		Antifungals/Antifung	ales in the same	
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
	OCIO A	Pagenes pagents	ENTERNATION CONTRACTOR	(A)
CASA CONSIDERATE OF THE CONTROL	Topica	i Antibiotics (Antibiotic	os Tópicos]	
mupirocin 2 % oint	1	Preferred	BACTROBAN	QL=5 días
silver sulfadiazine 1 % crm	1	Preferred	SILVADENE	QL=5 días
gentamicin sulfate 0.1 %				QL=1 frasco / 5
crm	2	Preferred	GARAMYCIN	días
				QL=1 tubo / 5
gentamicin sulfate 0.1 % oint	2	Preferred	GARAMYCIN	días
		no propertion of the contraction	NON MICHIGANI PROPERTY AND AND AND AND AND AND AND AND AND AND	
The sealer was a sear Bile Acid	Seque	strants. Secuestracore	s De Aoidos Billares	
cholestyramine 4 gm pckt, 4		And the second s		
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
Fibri	Acid E	envatives (Derivados	De Acido Elbricoles	
gemfibrozil 600 mg tab	1	Preferred	LOPID	QL=5 días
Hmg-Coa Redu	ctase I	hibitors Inhibidores I	Je∖La Hing-Soa Redu	clasa
atorvastatin calcium 10 mg			and a managed of the property of the second statement of the property of the second statement of the s	
tab, 20 mg tab, 40 mg tab,				
80 mg tab	1	Preferred	LIPITOR	QL=5 días
simvastatin 10 mg tab, 20				
mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZOCOR	QL=5 días

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

Página 26 de 35 Revisado 5/12/2017

SHINISTRACION OF

Contrato Número

AHAI.





	CHILDRAND WAS AND THE		Reference Name [Nombre de Referencia]	
) Recep	tor Antagonists [Anta	gonistas Del Réceptoi	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		Preferred	ZANTAC	QL=5 días
tab, 75 mg/5ml syr				
A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O	Section Control of the Control of th	(2) (2) (2) (2) (2) (2) (3) (3) (3) (3) (3) (3) (3) (3) (3) (3	Gastrointestmales Mi	Control of the Control of Australia Anti-
ursodiol 300 mg cap	2	Preferred	ACTIGALL La Bomba De Protone	PA, QL=5 días
		irolathiringidate2/ne	 -a+DAIII Rd:Electric Glife	919
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr	1 1	Preferred	PRILOSEC	QL=5 días
			SCHNEYOUR NARIO	
			Genitoù marios Misce	
phenazopyridine hcl 100 mg				
tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL=3 días
	TONAL	aveientisopagitineers	<u> </u>	
	Act - 25 Act - 2 Color - 2	rojekAgenis (Agentes		
methimazole 10 mg tab, 5		A Section of the Sect	CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	A SOUTH OF THE PARTY OF THE PAR
mg tab	1 1	Preferred	TAPAZOLE	QL=5 días
			PROPYLTHIOURA	
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	CIL	QL=5 días
P. R. C. Control of Section Control of Section	177 STATE OF STATE OF STATE OF	tic Agents (Agentes (alcimiméticos)	
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
District Control of the Control of t	opamine	Agonists (Agonistas	ne nebaulius)	
bromocriptine mesylate 2.5		Ducksuns -l	DADLODEL	01-5-15-
mg tab	3	Preferred	PARLODEL	QL=5 días
Laurente de disconsidera de la constanta de la	a rinyiroli	d Hormones (Hormon	a musea _l	
levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125				
mcg tab, 137 mcg tab, 150				
mcg tab, 175 mcg tab, 200				
mcg tab, 25 mcg tab, 300	-			
mcg tab, 50 mcg tab, 75			·	
mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred	SYNTHROID	QL=5 días

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

Página 27 de 35 Revisado 5/12/2017

AHA.



			1	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
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
		PROPSSYANDA PARALLA		
	Glucc	conticosteroids [Gluco	corticoides]	100
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		Destaura	DELTACONE	Ol mE dían
mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL=5 días
prednisone (pak) 10 mg tab,	1	Preferred	DELTASONE	QL=5 días
5 mg tab methylprednisolone 16 mg	<u> </u>	1 Teleffed	BELIMOONE	QE O GIGO
tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	QL=5 días
EL PHYECAMINIATEGRY BOY	ici ivi:	TANSTO PROJECTIVE.	TO SAYOUAN A WORK!	NAMES DINALE
P. Company of the Com		nosalicylates (Ammos		
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		QL=5 días, P
ASACOL HD 800 mg tab dr	6	Preferred		QL=5 días, P
		ulfonamides (Sulfona	midas)	
sulfasalazine 500 mg tab,	_		A	01 5 1
500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	QL=5 días
		ekkoje valieta bojevjejkov		
		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
A STATE OF THE STA	spasiid	ity Agents (Agentes A	Meassasmental and	
baclofen 10 mg tab, 20 mg	1	Preferred	LIORESAL	QL=5 días
tab dantrolene sodium 25 mg		riciciicu	LIVINLUML	QL-0 ulas
cap, 50 mg cap	2	Preferred	DANTRIUM	QL=5 días
Juny, or my out				

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

Página 28 de 35 Revisado 5/12/2017

SPHINISTRACION PROPERTY

Contrato Número

AAA.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cos [Cost	Tier (Tier)	Reference Name [Nombre de	Requirements/ Limits [Requerimientos/
	Neto		Referencia]	Límites]
dantrolene sodium 100 mg				
cap	3	Preferred	DANTRIUM	QL=5 días
	Muscle	Relaxants [Rejajantes	s Musculoesqueletale	S]_are and a second second
cyclobenzaprine hcl 10 mg				
tab	1	Preferred	FLEXERIL	QL=5 días
OPHI	HAVEAVE	(6/4(GBANIS) JAKEDAU	ESTOTERATIONIONS	
	ntiglau	oma Agents (Agentes	s Antiglaucomaj	
brimonidine tartrate 0.2 %				QL=1 frasco 5 ml
ophth soln	1	Preferred	ALPHAGAN	/ 15 días
dorzolamide hcl 2 % ophth				QL=1 frasco / 30
soln	1	Preferred	TRUSOPT	días
levobunolol hcl 0.5 % ophth				QL=1 frasco / 15
soln	1	Preferred	BETAGAN	días
levobunolol hcl 0.25 % ophth				QL=1 frasco / 15
soln	1	Preferred	BETAGAN	días
timolol maleate 0.5 % ophth				QL=1 frasco / 30
soln	1	Preferred	TIMOPTIC	días
timolol maleate 0.25 %				QL=1 frasco / 25
ophth soln	1	Preferred	TIMOPTIC	días
dorzolamide hcl-timolol mal				QL=1 frasco / 30
ophth sol 22.3-6.8 mg/ml	1	Preferred	COSOPT	días
betaxolol hcl 0.5 % ophth				QL=1 frasco / 15
soln	2	Non-Preferred	BETOPTIC	días
Balan State of Or	hthalm	ic Antibiotics [Antibioti	cos Offalmicos	
gentamicin sulfate 0.3 %	:			
ophth oint	1	Preferred	GARAMYCIN	QL=5 días
gentamicin sulfate 0.3 %				
ophth soln	1	Preferred	GARAMYCIN	QL=5 días
	İ			QL=1 frasco / 5
tobramycin 0.3 % ophth soln	1	Preferred	TOBREX	días
Ophtha	lmic Pr	ostaglandins (Prostag	andinas Offaimicas	
latanoprost 0.005 % ophth				QL=1 frasco /
soln	1	Preferred	XALATAN	25 días
	phthair	nio Steroids (Esteroid	ss Offairijess State	
neomycin-polymyxin-		·· ·		
dexamethasone 3.5-10000-				
0.1 ophth oint, 3.5-10000-	ļ			
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]

Página 29 de 35 Revisado 5/12/2017

SMINISTRACION OF

Contrato Número

A.M. A.M.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost	: o Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/
	Neto			Límites]
prednisolone acetate 1 %				QL=1 frasco
ophth susp	2	Preferred	PRED FORTE	5ml / 25 días
		AGENTS LAGENTES		
Miscell Miscell	aneous	Otic Agents (Agentes	Oficos Misceláneos)	
		D	\(\chi_000\)	QL= 1 frasco /
acetic acid 2 % otic soln	2	Preferred	VOSOL	10 días
maka Mka Calabara a a a a	Otic	Antibiotics (Antibiotic	os Oticos	
neomycin-polymyxin-hc 1 %				
otic soln, 3.5-10000-1 otic			CORTIONODIN	QL=1 frasco /
soln, 3.5-10000-1 otic susp	2	Preferred	CORTISPORIN	10 días
L 1 002 NGC 9 12 NGC 7 22 12 14 14 15 15 15 16 16 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17	CONTRACTOR CONTRACTOR	ACENTS JACKNES		
San San San San San San San San San San	jic Bron	chodilators (Broncodi)	atadores Anticolinérg	cos
ipratropium bromide 0.02 %				
inh soln	1	Non-Preferred	ATROVENT	QL=5 días
	Ant	ileukotrienes [Antileuk	cotrienos	
montelukast sodium 10 mg				
tab, 4 mg tab chew, 5 mg				
tab chew	1	Preferred	SINGULAIR	QL=5 días
nniAre a company of the company of t	üssiye-	Expectorant (Expector	antes Antitus vos	
guaifenesin-codeine 100-10				
mg/5ml soln	1	Preferred	CHERATUSSIN	QL=5 días
inha linha	ed Cort	icosteroids:[Conicoste	eroides Inhalados]***	
FLOVENT DISKUS 100				
mcg/blist inh aer pwdr, 250				
mcg/blist inh aer pwdr, 50				QL=1 pompa /
mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		30 días, P
FLOVENT HFA 110 mcg/act				QL=1 pompa /
inh aer	3	Preferred		30 días, P
FLOVENT HFA 44 mcg/act			,	QL=1 pompa /
inh aer	3	Preferred		30 días, P
budesonide 0.25 mg/2ml inh				QL=5 días, AL 0-
susp, 0.5 mg/2ml inh susp,	4	Non-Preferred	PULMICORT	12 años
budesonide 1mg/2ml inh				
susp	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL 0-12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act				QL=1 pompa /
inh aer	4	Preferred		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]

Página 30 de 35 Revisado 5/12/2017

A.A.A.M.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Cost Neto	o Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
The state of the s	ine i Bi	ocking/Agents (Sedan	tes Bloqueadores Hist	amine i ja se se se se se se se se se se se se se
promethazine hcl 12.5 mg				
tab, 25 mg tab, 50 mg tab,				
6.25 mg/5ml soln, 6.25		5 ()	DUENEDOAN	01-5-45-
mg/5ml syr]	Preferred	PHENERGAN	QL=5 días
Sympathomime	tic Bror	chodilators [Broncodi	atadores Simpatomin	eticos]
albuterol sulfate (2.5				
mg/3ml) 0.083% inh neb				
soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb				
soln, 2 mg/5ml syr	1	Preferred	PROVENTIL	QL=5 días
terbutaline sulfate 2.5 mg				
tab, 5 mg tab	1	Preferred	BRETHINE	QL=5 días
VENTOLIN HFA 108 (90				QL=1 frasco
base) mcg/act inh aer	1	Preferred		/ 30 días, P





A.H.A.

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

Página 31 de 35 Revisado 5/12/2017





A	
acarbose	19
acetaminophen-codeine	
acetaminophen-codeine #2	
acetaminophen-codeine #3	
acetaminophen-codeine #4	
acetazolamide	
acetic acid	
acyclovir	
albuterol sulfate	
allopurinol	
amantadine hcl	
amiodarone hcl	
amlodipine besylate	22
amoxicillin	16
amoxicillin-pot clavulanate	16
ampicillin	
ASACOL HD	
atenolol	
atenolol-chlorthalidone	
atorvastatin calcium	
azithromycin	
azian only on himming	
В	
baclofen	35
betaxolol hcl	
brimonidine tartrate	
bromocriptine mesylate	
budesonide	
butalbital-apap-caffeine	14
butuibitai apap varionio	
C	
CAPASTAT SULFATE	
carbamazepine	17
carbidopa-levodopa	27
carbidopa-levodopa er	27
carbidopa-levodopa-entacapone	27
carvedilol	
cefaclor	
cefadroxil	14
cefdinir	
cefprozil	
cephalexin	
chloroquine phosphate	26
chlorothiazide	
chlorthalidone	24
cholestyramine	32
cholestyramine light	
44	20

\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	
ciprofloxacin	.6, 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	
digox	30
digoxin	
DILANTIN	
diltiazem hcl	
DIURIL	
donepezil hcl	
dorzolamide hcl	
CONTROL TO THE CONTROL OF THE CONTRO	
E	
TO AT ID O OUT AD ATT	
ERYTHROCIN STEARATE	
erythromycin base	
erythromycin ethylsuccinate	
ethosuximide	18
F	
famotidine	22
flecainide acetate	
FLOVENT DISKUS	
FLOVENT HFA	
furosemide	
ruroseniide	23
G	
	
gabapentin	
gemfibrozil	
gentamicin sulfate31	
glimepiride	
glipizide	20
guaifenesin-codeine	37
H	
heparin sodium (porcine)28,	, 29



Página 32 de 35 Revisado 5/12/2017

A.M.A.



heparin sodium (porcine) pf 29 HUMULIN 70/30 20 HUMULIN N 20 HUMULIN R 20
hydralazine hcl25 · hydrochlorothiazide
hydroxychloroquine sulfate
nydroxychloroquine suirate25
I
ibuprofen13
indapamide24
indomethacin13
ipratropium bromide37
isoniazid25
isosorbide mononitrate31
isosorbide mononitrate er
K
KOMBIGLYZE XR19
L
latanoprost36
levetiracetam17, 18
levobunolol hcl35
levofloxacin16
levothyroxine sodium33
lidocaine viscous14
lisinopril22
lisinopril-hydrochlorothiazide22
losartan potassium21
losartan potassium-hctz21
iosai tan potassiam mote
M
MACRODANTIN15
margesic14
MESTINON25
metformin hcl19
methimazole33
methyldopa21
methylprednisolone34
metoclopramide hcl20
metolazone24
metoprolol succinate er22, 23
metoprolol tartrate23
metoprolol-hydrochlorothiazide23
metronidazole
mexiletine hcl
montelukast sodium37
mupirocin
and the same and t

and the first the PHENE part of the first of

MUSTRACIO	ONOR
Contrato Núm	eru
(or	13/
ROSO	

N	1 41	
N nabumetone	100p	OF G
nabumetone		OS V 13
naproxen	**1**************	13
neomycin-polymyxin-dexame		
neomycin-polymyxin-hc	***********	37
NEULASTA		
NEULASTA DELIVERY KIT		
nitrofurantoin macrocrystal		
nitrofurantoin monohyd macro		
NITROSTAT		
nystatin		
0		
0		
omeprazole		ວາ
ONGLYZA		
oxcarbazepine		
охсаградеріне	***************************************	Το
_		
Р		
penicillin v potassium		
phenazopyridine hcl		
phenobarbital		
phenytoin		
phenytoin sodium extended		
pioglitazone hcl		20
pramipexole dihydrochloride		26
prednisolone acetate		
prednisone		
prednisone (pak)		34
primidone		
probenecid		
prochlorperazine		
prochlorperazine maleate		20
promethazine hcl		38
propafenone hcl		30
propranolol hcl		23, 29
propylthiouracil		
pyrazinamide		25
pyridostigmine		25
pyridostigmine bromide		25
Q		
Q		
quinidine gluconate er		30
quinidine sulfate		
quinidine sulfate er		
7		
D		
R		
ranitidine hcl		วา
rifabutin		
RIFAMATE		
IND CARLOT PROGRAMME.	·····	∠b



Página 33 de 35 Revisado 5/12/2017

A.H.M.



rifampin	25
rivastigmine tartrate	
ropinirole hcl	26
S	
salsalate	13
selegiline hcl	
SENSIPAR	
silver sulfadiazine	
simvastatin	
sotalol hcl	
sotalol hcl (af)	
spironolactone	
sulfamethoxazole-tmp ds	17
sulfamethoxazole-trimethoprim	17
sulfasalazine	35
SYNTHROID	
Т	
terazosin hcl	21, 28

terbutaline sulfate	38
timolol maleate	36
tobramycin	
topiramate	
tramadol hcl	
TRECATOR	
triamterene-hctz	24
trimethobenzamide hcl	
U ursodiol	32
V	
valganciclovir hcl	27
VENTOLIN HFA	
verapamil hcl	
W	
warfarin sodium	28





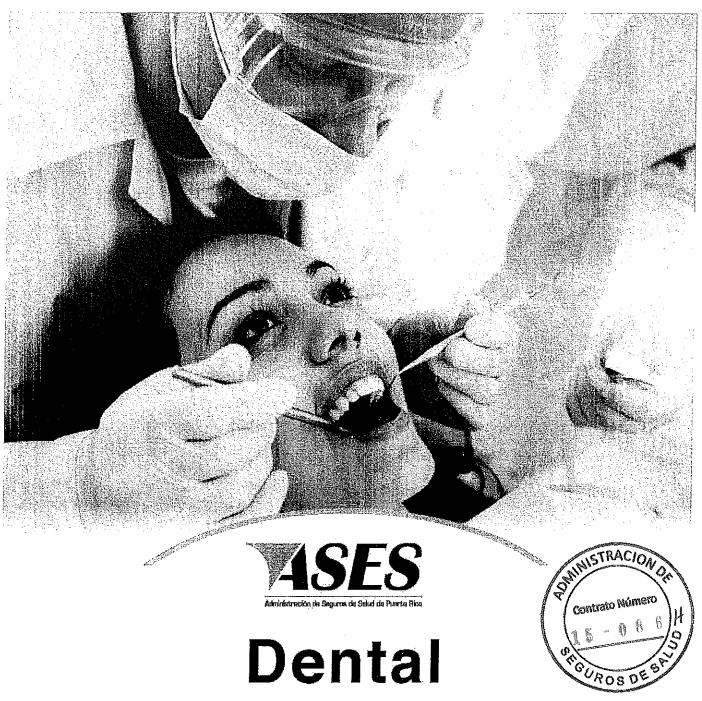
A.H. H.







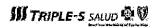
A.H.A.



2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

















Han. Hisardo A, Rússafa Navares Gobornador

Sia, Augola M. Avia Manera Olivetura Pjetorika

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 médien 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: Denial, Nelfología, Ob-Gya, Oncología, Farinulario de Emergencia Integrado, VIII-SIDÁ 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 siguistras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

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

Les exhorto a conscrvar esta gula para su referencia. La misma también está disponible en muestra página electrónica <u>www.asespr.org.</u>

Cordialmente,

Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva Comtrato Número

OFF GUROS DE ST

A.A.A.



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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

Contrato Número

bioequivalentes como primera opción.

Página 3 de 12



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

A.H.A.



Página 4 de 12

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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

Cantrato Número

1



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



A.A.A.





DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC). 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] ORÍA TERAPÉUTICA	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
		tic Class [Clase		
		OFS (CSTERVICE	ALTERNATION OF THE SECRET PROPERTY OF THE SEC	
Nonsteroidal Anti-Inflai	nmatory A	penta (Nsalds) [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	•	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.AM.

1

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	·	Comment of the Commen
14	\$3,500 - \$3,999		SPANISTRACION OF
15	\$4,000 - \$4,499		Sulla Sulla
16	\$4,500 - \$4,999		\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\
17	\$5,000 - \$5,499		Cantrato Número
18	\$5,500 - \$5,999		1 Le no 6H 1
19	\$6,000 - \$6,499		1 10
20	\$6,500 - \$6,999		3
21	\$7,000 - \$7,499		CUROS DE SH
22	\$7,500 - \$7,999		1080
23	\$8,000 - \$8,499		
24	\$8,500 - \$9,000		
25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente	

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

J.H. H.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPE			RÍA TERAPÉUTICA]	
	Therapeu	itic Class [Clase T	erapéutica]	
		udostas postario		
Nonsteroidal Anti-Inflan	imatory A	gerils (Nsaids) JA	nti⊧Inflamatōrics No	Esteroidales]
ibuprofen 400 mg tab, 600	and the description of the second		A STATE OF THE PROPERTY OF A STATE OF THE ST	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
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,	4	Droferrad	NAPROSYN	01-7-46-
500 mg tab dr	al Amaina.	Preferred	Opiodes De Cora D	QL=7 días
	umureliae.	irə (Anaigesicos) 	alaindes merdatara.	
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15				
mg tab, 300-30 mg tab, 300-			TYLENOL-	
60 mg tab	1	Preferred	CODEINE	QL=7 días
acetaminophen-codeine #2			TYLENOL-	
300-15 mg tab	1	Preferred	CODEINE	QL=7 días
acetaminophen-codeine #3			TYLENOL-	
300-30 mg tab	1	Preferred	CODEINE	QL=7 días
acetaminophen-codeine #4	_	Droforrad	TYLENOL- CODEINE	OI =7 4:
300-60 mg tab hydrocodone-	1	Preferred	CODEINE	QL=7 días
nyarocodone- acetaminophen 10-325 mg				
tab, 5-325 mg tab, 7.5-325				
mg tab	1	Preferred	VICODIN	QL=7 días
	YEAR YEAR			
W. Eirst/Generation C	phalospe	กับเลยให้เคยให้เป็นเลยให้เป็น	e e e e e e e e e e e e e e e e e e e	prodoti popera s
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	AL = 40 = 7 :
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
	Charles and a second second	relides Macrolid	JSIN ENGINEERS OF SERVICE	ORCH STATES
ERY-TAB 500 mg tab dr	3	Preferred		

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







Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ 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	·	
	ius Antiba	clerials//Antibact	erianos Misceláricos	
clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	
	Per	វិទៅប្រព័ន្ធមន្ត្រីអាចប្រវិទ្ធិ		
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		Tieleiteu	AMONIE	
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	

1.1. pl.

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



A	
acetaminophen-codeine	
acetaminophen-codeine #2	
acetaminophen-codeine #3	,
acetaminophen-codeine #4	
amoxicillin	10
ampicillin	10
C cefadroxilcephalexin	
clindamycin hcl	ت
E	
E.E.S. GRANULES	10
ERYPED 200	
FRYPED 400	10

ERY-TAB 10 ERYTHROCIN STEARATE 10 erythromycin base 10 erythromycin ethylsuccinate 10
Н
hydrocodone-acetaminophen9
I
ibuprofen9
N
naproxen dr
P
penicillin v potassium









出来,我们就是一个大型,就是一个大型,就是一个大型,我们就是一个大型,这个大型,这个大型,这个大型,这个大型,这个大型,就是一个大型,这个大型,这个大型,这个大

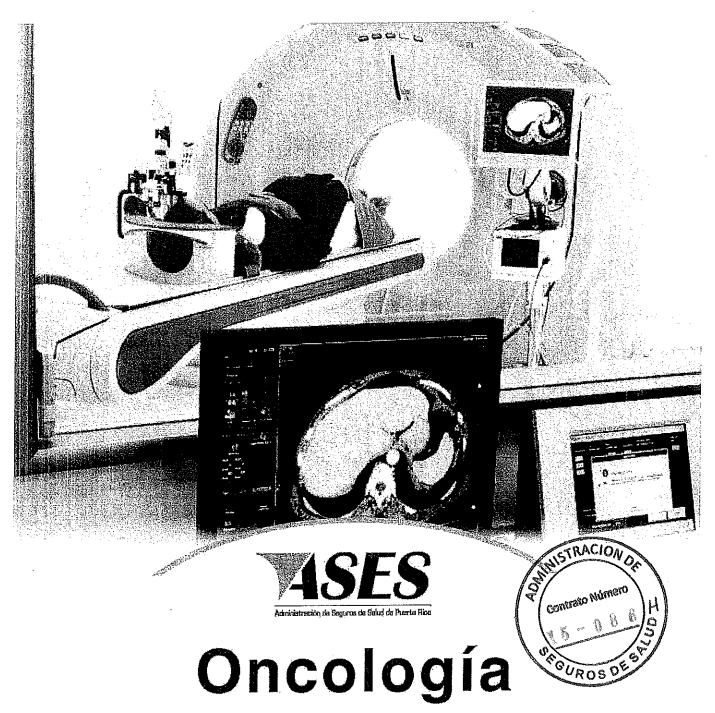






A.H.A.





2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

















Hon, Hicardo A. Hossadib Nesarsis Gabarhisdar

Sia. Argola M. Avla Munero Olicitora Ceculida

1 de mayo de 2017

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GÓBIERNO (PSC)

Estimado provector:

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

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

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

Les exhorto a conservar esta gula para su referencia. La misma también está disponible en muestra página electronica <u>www.asespu.org</u>.

Cordialmente.

Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva Contrato Número

Contrato Número

Contrato Número

Contrato Número

Contrato Número

\1) L.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 excepcion. Este procedimiento considerará los méritos particulares de cada caso, los cuales pueden incluir:

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

Contrato Número

Página 3 de 27



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

DNINISTRACION Contrato Número POSDE

Página 4 de 27



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

A.H. H.





PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO



Página 6 de 27





	A STATE	16
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	\\	17
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Wiscontroos] ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]		17
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICOTICOS] Antifungals [Antifungales]	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	17
Antifungals [Antifungales] ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	***************************************	17
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	17
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	*******************************	17
Cobalamins [Cobalaminas]		17
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Micloides] Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]		18
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Entropoiesis] Folates [Folatos]	***************************************	18
Folates [Folatos] Iron [Hierro]	***************************************	19
Iron [Hierro]	***************************************	19
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	***************************************	19
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes] Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]		19
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis] Antiandrogens [Antiandrógenos]	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	19
Antiandrogens [Antiandrógenos]		19
Antiestrogens [Antiestrógenos]		19
Antimetabolites [Antimetabolitos]	,.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	20
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplasicos Inhibitores De Bizzatas] Antineoplastic Progestins [Antineoplasicos De Progestina]		20
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]	***************************************	20
Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa]		20
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Acido Fonce] Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]	***************************************	21
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Analogos De Lhin] Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]	***************************************	21
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplasticos Miscelaneos] Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]	************************************	21
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES TOTALES] Antifungals [Antifungales]		21
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLOGICOS] IIII	17	21
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatologicos Fara Cancer 25]		21
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTS GAS	*************************	21
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]		21
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor Del Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]		22
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Frotolies]		Λ
	Página 7 de 2'	7 11
	1 , 11	
	A.H.A.M.	



HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	22
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	22
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	22
Landlages De Ciclosnorinal	••••
T [Classes decided]	
The Days Trachlantes	
THE OF ACTION AND ALTER ALES A FLECTROLITUDI	••••
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALDS T ELECTRO	









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.

	Net		Reference Name	Requirements/ Limits
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Cost [Costo		[Nombre de Referencia]	[Requerimientos/ L(mites]
THE A CHARGE	Neto]	ATEGORY ICATEGO	PÍA TERAPÉUTICA	<u> </u>
IBERALEC	Thoran	aidic Class IClast I	ciapedaval	
Nonsteroidal Anti-Inflam	matory	Agents (NSAIDS) [A	inti-inflamatorios No	Esterologiesi
buprofen 400 mg tab, 600 ng tab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	
ndomethacin 25 mg cap, 50	1	Non-Preferred	INDOCIN	
ng cap nabumetone 500 mg tab,	1	Preferred	RELAFEN	
naproxen 250 mg tab, 375	1	Preferred	NAPROSYN	
ng tab, 500 mg tab naproxen dr 375 mg tab dr,	1	Preferred	NAPROSYN	
500 mg tab dr naproxen sodium 275 mg	1	Preferred	ANAPROX	
tab, 550 mg tab sulindac 150 mg tab, 200	1	Preferred	CLINORIL	
mg tab celecoxib 50 mg cap	1 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

Página 9 de 27

1.1.11.



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



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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

V

Página 10 de 27

A.H.A.



Revisado: 5 Astriayo de 20 Contrato Número

Drug Name [Nombre del	Net Cost	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de	Requirements/ Limits
Medicamento]	[Costo		Referencia]	[Requerimientos/ Límites]
THERAPEU	TIC CA	TEGORY [CATEGO	RÍA TERAPÉUTICA	<u> </u>
	Cherape	utic Class [Clase 14	erapeuticaj	
	ANA	(CESTES ANALCI)		VESTO dales
Nonsteroidal Anti-Inflami	natory <i>I</i>	gents insalls la		OL=15 días
buprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	No refills
nabumetone 500 mg tab,	1	Preferred	RELAFEN	
750 mg tab naproxen 250 mg tab, 375	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
mg tab, 500 mg tab naproxen dr 375 mg tab dr,	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
500 mg tab dr sulindac 150 mg tab, 200	1	Preferred	CLINORIL	
mg tab meloxicam7.5 mg tab, 15	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
mg tab indomethacin 25 mg cap, 50		D. farmed	INDOCIN	
mg cap Opioid Analgesic		Acting (Analgesice	s Opioites, Larga D	uración]
fentanyl 25 mcg/hr td patch	2	Preferred	DURAGESIC	
72 hr	2	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
oxycodone hcl 10 mg tab		11010110		
fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72	3	Preferred	DURAGESIC	
hr morphine sulfate er 15 mg	3	Preferred	MORPHINE	
tab er	3	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
oxycodone hcl 20 mg tab 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 Página 11 de 27 Preferido]

1.11.11.

Revisado: 5 de mayo de 2013 Cantrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [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	ración!
Short-Acting Opio	d Analge	sics [Analgesico	s Oplodes De Corta D	
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300- 60 mg tab	1	Preferred	TYLENOL- CODEINE TYLENOL-	QL=15 días No refills QL=15 días
acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab	1	Preferred	CODEINE TYLENOL-	No refills QL=15 días
acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab	1	Preferred	CODEINE	No refills QL=15 días
acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab	1	Preferred	TYLENOL- CODEINE	No refills
hydrocodone- acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 7.5-500 mg/15ml	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	QL=15 días
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab	1	Preferred	PERCOCET	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 [Limite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] Página 12 de 27

A.H.A.

Revisado: 5 demayo de 2017 Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
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 3	Preferred Preferred	MORPHINE DILAUDID	
hydromorphone hcl 8 mg tab 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	
	ANE Seal/Auc	spine Bles (Alxies) sthetics (Anestes)	KSIL US cos Locales]	12502
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
	NHBA:	ini ka anda "anni iba Iagronides (Macichi	dos]	Part Carlot
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	3	Preferred	BIAXIN	
susp 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	Wan a sand

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - 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 Página 13 de 27 Preferido]

J.H. H.



Revisado: 5 de mayo de 2 Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
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 (Penicilin	as L	
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 amoxicillin-pot clavulanate,	1	Preferred	AMOXIL	
200-28.5 mg/5ml susp, 400- 57 mg/5ml susp, 500-125	1	Preferred	AUGMENTIN	
mg tab, 875-125 mg tab 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		Λ.
penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	The second secon

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] Página 14 de 27

1.11.11.





	I Beguire occ					
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				
LEGICAL TO THE STATE OF THE STA	Q	uinolones [Quinolo	nasj.			
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			
No. (Carlos)	Sulf	onamides [Sulfona	Uloazi			
sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA			
sulfamethoxazole- trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab sulfadiazine 500 mg tab	1 4	Preferred Preferred	SEPTRA SULFADIAZINE			
TO BE SHOULD BE	(8) (8) (N.YA)		With My walls he			
	Anticon	valisemes Amiceiny	ulsivantes]			
gabapentin 100 mg cap, 300	(14.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.	Action of the second se				
mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	NEURONTIN			
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred	NEURONTIN			
gabapentin 250 mg/5ml soln	2	Preferred	NEURUNTIN			
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 [Limite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] Página 15 de 27

A.A.A.





			1 00 c	100	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]	
	- ANYPER	avagences parefully	PERCOSI CONTRACTOR		
5-Hydroxytrypta	mine 3 (5-HT3) Antagonist	s (Antagonistas De S	PFT SI	
ondansetron 4 mg odt, 8 mg	1	Preferred	ZOFRAN ODT		
ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab	1	Preferred	ZOFRAN	i in fact	
Miscellan	eous Ar	itiemetics Antieme	eticos Miscelaneos).	T	
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN		
oromethazine 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	Samuel State of the State of th	
	Pher	nothiazines (Fenoti	azinas]		
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	4	Non-Preferred	COMPAZINE		
	vae(e))Pavi igijinivee	riek a ES AMBA bacterials (Antimic	rico; paceta ita (* 1408) Sebacicità nos Misec	láneos /	
dapsone 100 mg tab, 25 mg tab	2	Preferred	DAPSONE		

A.H.All.

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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: 3 da mayo de 2017

			area and a	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requarimientos/ Limites]
	TVEYCO	vienceinceis and	HMIGORANS	
	Ant	itungals (Antifun	gales)	
fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab ketoconazole 200 mg tab terbinafine hcl 250 mg tab	1 1 1	Preferred Preferred Preferred	DIFLUCAN NIZORAL LAMISIL DIFLUCAN	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred		
	ANI		en attication in the control of the	
	rerpetic	Agents (Agentes		
acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab	1 2	Preferred Preferred	ZOVIRAX ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp		FIGICATED TO A STATE OF THE STA	omesaoribaeseseele	
BLUDDA		oalamins [Cobala	minasl	
	CU!			
cyanocobalamin 1000	1	Preferred	VIT B-12	
mcg/ml inj soln	Stimillat	Halfariors (Esti	mulantes/Mieloides]	
THE COURSE OF THE PARTY OF THE				
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
Erythropolesis-Stir	nulating	Agents Lagentes	Estimularies De Edit	
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] Página 17 de 27

J.H.H.



Revisado Na de mayo de Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]	
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	11	Preferred		PA, P	
		Folates Felatos			
folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC	
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON		
DEXFERRUM 50 mg/ml inj	5	Non-Preferred		Contraction of the Contraction o	
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] J.H.M.

Página 18 de 27





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
		i przednoszkolowi.	OFFICARRANGE	
	XIkylating	Agents [Agentes/	Alquilantes)	75.05
lomustine 10 mg cap	3	Non-Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred		DA
temozolomide 5 mg cap	4	Non-Preferred	TEMODAR	PA
lomustine 40 mg cap	5	Non-Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Non-Preferred		
Iomustine 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 PA
temozolomide 140 mg cap	13	Non-Preferred	TEMODAR	PA
temozolomide 100 mg cap,	14	Non-Preferred	TEMODAR	PA
Andioe	enesis in	nibitors [inhibidore	s de Anglogénesis)	L DAD
STIVARGA 40 mg tab	21	Preterred		PA, P
William Company	Antia	geleigere Antlene	rogenosia	
bicalutamide 50 mg tab	2	Preferred	CASODEX	DA
flutamide 125 mg cap	4	Non-Preferred	EULEXIN	PA
nutamide 120 mg dap	Antie	strogens (Antiest)	ógenős]	
tamoxifen citrate 10 mg tab,	1	Preferred	NOLVADEX	
20 mg tab	Antim	etabelites (Antime	abolitos)	
hydroxyurea 500 mg cap	2	Preferred	HYDREA	
mercaptopurine 50 mg tab	2	Preferred	PURINETHOL	
methotrexate 2.5 mg tab	$\frac{-}{2}$	Preferred	METHOTREXATE	
meinoliexale 2.3 mg tab	$\frac{1}{7}$	Preferred	XELODA	PA
capecitabine 150 mg tab		Preferred	XELODA	PA
capecitabine 500 mg tab	zyme inh	iolois Antineopla	sicos Inhibidores De	Enzimas]
	10	Preferred		
SPRYCEL 20 mg tab	13	Preferred		PA, P
SPRYCEL 50 mg tab	13	Non-Preferred	GLEEVEC	PA P
imatinib 100 mg tab	13	14011-1 (CICITOR		

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL -Age Limit [Limite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] Página 19 de 27

A.H.A.



2	
	TO A C
Ñ	MISTRACION
	1000 do 000 do
Revisaçõ	de mayo de 2017
4 /	Contrato Número
	ye . a 8 6 // //
å l	/9/
1 0	
,	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
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	24	Preferred		PA, P
tab, 7.5 mg tab	21		GLEEVEC	PA
imatinib 400 mg tab	23	Non-Preferred	isicos De Progestina	
19 12 12 12 12 13 14 14 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	stie Pro	gestins (A)turequi		
megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40 mg/ml	2	Preferred	MEGACE	
Aromat	ase Inhi	bitors (inhibidores	De Ea Aromalasa)	T .
anastrozole 1 mg tab	1	Preferred	ARIMIDEX	
Folic Acid Antag	onists F	tescue Agents (An)	agonistas De Acido	
leucovorin calcium 5 mg tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Les subuteinizing He	mone F	teleasing (Enth) An	alogs (Analogos De	
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] J. H. H.

Página 20 de 27





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
<i>leuprolide acetate</i> 1 mg/ 0.2 ml inj kit		Non-preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
Miscellaneou	us Antini	eoplastics (Antineo	plasicos Miscelanec	PA
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
Parameter Commence	litotic In	nibitors (Innibidore	s Mitoticos)	
etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
etoposide 50 mg cap DENTAL ANI) (ORAL	A CALLANTS PAGE BASEEN	Diramanan Kabangan Balay	Alica (I
	An	tificingals (Antifung	ales)	
clotrimazole 10 mg				
mouth/throat lozenge, 10 mg			LO COELEY	OTC
mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	OTC
nystatin 100000 unit/ml			RAYCOCTATINI	
	1	Preferred	MYCOSTATIN	
ACTUAL PROPERTY OF THE	e)(M)(e/c)	AVELONIA NA CALINA DE VA	Pagangayr yada kayeri	
Dermatological Skir	i Cancer	Agents (Demaiole		veritari eri
fluorouracil 2 % soln, 5 %				
soln	3	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	4	Non-Preferred	EFUDEX	4.74
	SERVALE.	ACTUSING A FEBRUAR	K. G. K. CANTON OF A CHARLES OF	
A CANADA	ntia Ülcei	Agents Agentes A	Mi-bloerasi-	
misoprostol 100 mcg tab,				
200 mcg tab	1	Preferred	CYTOTEC	
sucralfate 1 gm tab	1	Preferred	CARAFATE	
	3	Non-Preferred		
Histamine2 (£12) R	eceptor	Antagonisis Antag	onistas Del Recepto	in ne usi
famotidine 20 mg tab, 40 mg				
tab	1 1	Preferred	PEPCID	<u> </u>

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

Página 21 de 27

ONCOLOGIA

de mayo de Contrato Núm Revisado/

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	
Proton Pump	Inhibito	rs [Inhibidores De l	a Bomba De Proton	esi QL=180
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	caps/ 365 días QL=180
omeprazole 40 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC	caps/ 365 días
E ROBE SE TORS	I (ONALE) Ineraloc	ACZENTS (AGENETS orticolds [Mineralo	corticoldes]	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
	rvojstvi Logalije	APSSANTS NIKIO Analogs (Analogos	Nes de Selection	
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		PA, P
cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap	3	Preferred Preferred	NEORAL SANDIMMUNE	PA PA
cyclosporine 25 mg cap 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	11	PA, P
NEORAL 100 mg/ml soln	7	Preferred		1 / 1, 1

Página 22 de 27

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





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
$\hat{\mathbf{G}}$	ucocorti	eosierojos (Glueo	corticoides]	T = = = = = = = = = = = = = = = = = = =
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		De la farma d	DECADRON	
tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADITOR	
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
methylprednisolone 32 mg	4	Preferred	MEDROL	
tab, 4 mg tab	1	r telefica_		
methylprednisolone (pak) 4	1	Preferred	MEDROL	
mg tab		110101104		
prednisolone 15 mg/5ml	1 1	Preferred	PRELONE	
soln, 15 mg/5ml syr prednisone 1 mg tab, 10 mg	'			
tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5				
mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
prednisone (pak) 10 mg tab,			DELTA CONF	
5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
hydrocortisone 10 mg tab,			CORTEF	
20 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	CORTE	
methylprednisolone 16 mg		D f d	MEDROL	
tab, 8 mg tab	2	Preferred	Para Trasplantes	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ransplar	JI VAGETIVES	IMURAN	
azathioprine 50 mg tab	1_1_	Preferred	IIVIOIVAI	
mycophenolate mofetil 200				
mg/ml susp, 250 mg cap,		Preferred	CELLCEPT	PA
500 mg tab	3	Non-Preferred	PROGRAF	PA
tacrolimus 0.5 mg cap		Preferred		PA, P
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Non-Preferred	PROGRAF	PA
tacrolimus 1 mg cap	4 -	NON-LICIOTOR		
sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
tab, 2 mg tab	6	Preferred		PA, P
MYFORTIC 360 mg tab dr		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		•

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Limite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] Página 23 de 27

A.H.H.

Revisado: 5 de mayo de 2017



Cost [Costo	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
		PROGRAF	PA
8	Non-Preferred		PA
THE CIT	KORAZEKSIMINDE	A BLES VARIABLE CTROUD	108)
iulating	Agents (Agentes R	leguladores De Calci	o]
1	Preferred	ROCALTROL	Λ.
2	Preferred	ROCALTROL	
	Cost [Costo Neto] 6 8	Costo Neto	Cost [Costo Neto] [Nombre de Referencia] 6 Non-Preferred PROGRAF 8 Non-Preferred C. ECTROL VIES IVINER LES VIEL CIROLI Ulating Agents [Agentes Reguladores De Calci 1 Preferred ROCALTROL



A.H.M.

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



Revisado: 5 de tablo de 2017 de Contrato Número

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-pot clavulanate 16 ampicillin 16 anastrozole 26 ARANESP (ALBUMIN FREE) 21, 22 azethioprine 31 azithromycin 14
B bicalutamide24 BICILLIN L-A16, 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
E.E.S. GRANULES
E.E.S. GRANULES

F
famotidine 28 fentanyl 11, 12 fluconazole 19, 20 fludrocortisone acetate 28 fluorouracil 27 flutamide 24 folic acid 22
G
gabapentin
Н
hydrocodone-acetaminophen
1
ibuprofen 11 imatinib 25 indomethacin 11 INFED 22 iron 22
K
ketoconazole20
L
leucovorin calcium 26 LEUKERAN 23 teuprolide 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.

Página 25 de 27

Revisado: 5 de mayo de 2017



mercaptopurine24
methotrexate24
methylprednisolone
methylprednisolone (pak)30
metoclopramide hcl
misoprostol
morphine sulfate
morphine sulfate (concentrate)14
morphine sulfate er
mycophenolate mofetil31
mycophenolic acid31
MYLERAN23
WITEFFAN
N
nabumetone11
naproxen11
naproxen dr
NEORAL 29
NEULASTA
NEUPOGEN
NEXAVAR25
nystatin
0
omeprazole28
ondansetron18
ondansetron hcl18
ovycodone hcl
oxycodone-acetaminophen
United the second of the secon
8
Р
penicillin g procaine
penicillin y potassium
phenytoin
phenytoin sodium extended
phenytoin sodium exterioed
nreanisoione

prednisone 30 prednisone (pak) 30 prochlorperazine 19 prochlorperazine edisylate 19 prochlorperazine maleate 19 PROCRIT 21, 22 promethazine hcl 19
R
ranitidine hal
S .
SANDIMMUNE29
sirolimus31
SPRYCEL25
STIVARGA24
sucralfate28
sulfadiazine17
sulfamethoxazole-tmp ds17
sulfamethoxazole-trimethoprim17
sulindac
Т
tacrolimus31
tamoxifen citrate24
TASIGNA25
temozolomide
terbinafine hcl20
tramadol hcl13
trimethobenzamide hcl19
Z
701 ADEV 27



A.H. H.

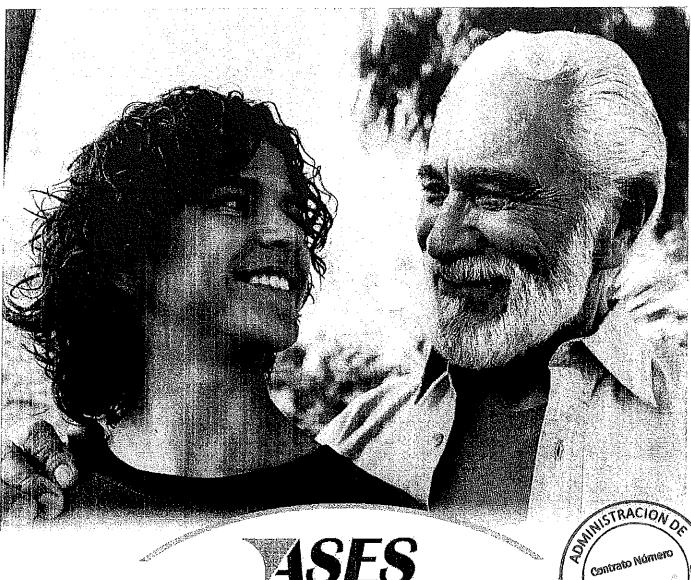
Revisado: 5 de mayo de 2017







L.H. H.

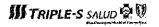




Sub-Formulario de Salud Mental

2017 Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG













A.H.A.



Han, Nicardo A, Rossridi Havares Enharásdor

514, Argola M. Avia Manero Directora Cebaka

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

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

Les exhorte a conservar esta guía para su referencia. La intema también está disponible en muestra página electrónica <u>www.asespr.org</u>.

Cordialmente,

Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva Contrato Número

OFFICE OS DE SAL

A.H.M.





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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

Contrato Número

J. H. P.N.

Página 3 de 14



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

Contrato Número

UROSDE

Página 4 de 14

1.1.11.



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

ISTRACION

Contrato Número

POSDE

A.M. A.M.



PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR O

TABLA DE CONTENIDO

A CHRISTON CENTER ALEG DE LA CURIERTA DE FARMACIA	
ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSO)	
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
MEDICAMENTOS GENERICOSANTIANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]	9
ANTIANXIETY AGENTS [AGENTES TAKA LA TUMEDID] Benzodiazepines [Benzodiazepinas]	9
Benzodiazepines [Benzodiazepinas] Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]	9
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bioqueadores Histamine 1]	9
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	9
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]	9
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]	10
Tricyclic Agents [Tricíclicos]	10
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	10
Anticholinergics [Anticolinérgicos]	1U
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
Binolar 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
Miscellations proch property treating fragation fragation	

J.11. M.

Página 6 de 14



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.

Dan res Statement in the return of the state	Net	The second second		Requirements/
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Costo [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE	UTIC CAT	EGORY [CATEGO	RÍA TERAPÉUTICA]	
	Therapel	rtic Class [Clase]	erapéutica]	
ANTIANX	I Provence	ATERICA NUESI	ARATAAKKUDAD	
	Benzodi	zepines (Benzodi	azepinas)	
diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	QL=5 días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg	1	Preferred	ATIVAN	QL=5 días
Sedating Histamine	1 Blockir	ig Agents [Sedant	es Bloqueadores His	tamine 1
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg	1	Preferr e d	VISTARIL	QL=30 días
cap	NT TO LE	ESSAIVTS ANTID	EPHERTY (IS)	THE STATE OF THE S
Miscellaneo	is Ardide	pressants l'Amtide	presivos Miscelaneo	[1] 中国的政策联系
bupropion hcl 75 mg tab	1	Preferred	WELLBUTRIN	QL=30 días
bupropion hal er (sr) 100 mg				
tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	QL=30 días



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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

A.M.M.

Página 7 de 14



_	1 000	Menos costoso mensualmente
1	menos de \$20	MICHOS CO20020 HICHSHAIMCHC
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	SMINISTRACIO
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	Contrato Número
19	\$6,000 - \$6,499	Summer 1
20	\$6,500 - \$6,999	- C O
21	\$7,000 - \$7,499	O.
22	\$7,500 - \$7,999	TOUROS DE S
	\$8,000 - \$8,499	POSDE
23	\$8,500 - \$9,000	
24		Más costoso mensualmente
25	más de \$9,000	TIAMB PODODO COLOROS C

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

A.H.A.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE	JTIC CAT	EGORY [CATEGO	RÍA TERAPÉUTICA]	
	Therapeu	ıtic Class [Clase T	erapéutica]	
ANTIANX	IEUV AĞ	CATES PARTECAL INST	ARABAWANIDAI)	
	Benzodi	azépines Benzodi	azepinasi	
diazepam 10 mg tab, 2 mg			N 7 A 1 11 18 #	
tab, 5 mg tab	11	Preferred	VALIUM	QL=5 días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg			A T 1\ / A K I	QL=5 días
tab	1	Preferred	ATIVAN	
	1 Blockir	ig/Agents/[Secalit	es Bloqueadores His	tarrine ig
hydroxyzine pamoate 100			·	
mg cap, 25 mg cap, 50 mg	4	Preferred	VISTARIL	QL=30 días
cap		Freiened Freiened	The second secon	<u> </u>
	us vannee	oressams promite	presivos Miscelaneo WELLBUTRIN	QL=30 días
bupropion hcl 75 mg tab	1	Preferred	VVELLBOTIVIIV	QL-00 dido
bupropion hcl er (sr) 100 mg				
tab er 12 hr, 150 mg tab er	4	Preferred	WELLBUTRIN SR	QL=30 días
12 hr, 200 mg tab er 12 hr	1	rieletted	VVLLEDOTTITO	
mirtazapine 15 mg tab, 30				
mg tab, 45 mg tab, 7.5 mg	1	Preferred	REMERON	QL=30 días
tab		1 70,01100		
trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DESYREL	QL=30 días
bupropion hel 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				01.00.15
If AF we are a all	3	Non-Preferred	REMERON	QL=30 días
mg out, 45 mg out Seroterin and/or No	repineph	rine Modulators (N	lodujaciores De Serc	tonna y/o
		Norepinefring		
citalopram hydrobromide 10				
mg tab, 20 mg tab, 40 mg			OELEVA	01 = 30 = 4100
tab	1	Preferred	CELEXA	QL=30 días
fluoxetine hcl 10 mg cap, 20		Durk	PROZAC	QL=30 días
mg cap	1 1	Preferred	FROZAC	1 QL OO GIGS

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

Página 9 de 14 Revisado 5/12/2017





				The same of the sa
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
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
(C. 2018)	Tricy	clic Agents Thick	licos]	
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	2	Preferred	SINEQUAN	QL=30 días
THE RESERVE THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE	KINSON	A CONTRACTOR AND A SERVICE OF THE	ÇARÇENLEAVERÇENE DE	
The state of the s	Amileho	inérgies (Anticolir	iergic os) = 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	QL=30 días
Atypical - Se	Nympkyk Hojitkeej	TROTTE SERVICES TERRITOR AUDICOS	ic (6) it des SegundatSeneraleic	
risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab,				
3 mg tab, 4 mg tab, 2 mg tab,	1	Preferred	RISPERDAL	QL=5 días
Traical Li	I GIVE ON	Halion andices for	rimera Generacióni	
haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg			The state of the s	
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 /
Haloperidol 20 mg tab	<u> </u>			

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

Página 10 de 14 Revisado 5/12/2017

A.H.M.





				1080
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
ning i da kana kana kana ka	diriya.	Virgine site of the virginian of the contraction of	evandarian) bakova = 1	
	tox Trea	tment [Tratamient	o De Defox	
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
vitamin by 100 mg tab			Marka sa makan mar	
A Part State of the State of th	alar Aria	nis PAgentes Para	Entralentale and seemen	
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	11	Preferred	LAMICTAL	QL=30 días
valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250	1	Preferred	DEPAKENE	QL=30 días
mg/5ml syr	Travelet V	Transferance		
		ietaminės [Anfeta		
Committee of the state of the s				QL=30 días,
amphetamine-				AL 4-20 años,
dextroamphetamine 15 mg	2	Preferred	ADDERALL	PA ≥ 21 años
tab, 30 mg tab		rielenea	7,000,7,100	1
amphetamine-]	QL=30 días,
dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg tab,				AL 4-20 años,
5 mg tab, 7.5 mg tab	3	Preferred	ADDERALL	PA ≥ 21 años
5 Hig tab, 7.5 Hig tab				QL=30 días,
dextroamphetamine sulfate				AL 4-20 años,
10 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred	DEXEDRINE	PA ≥ 21 años
dextroamphetamine sulfate				QL=30 días,
er 5 mg cap er 24 hr, 10 mg				AL 4-20 años,
cap er 24 hr	4	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	PA ≥ 21 años
UUD UI EIIII				QL=30 días,
				,
				AL 4-20 años,
dextroamphetamine sulfate	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	'
	5	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 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual] • P — Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

Página 11 de 14 Revisado 5/12/2017



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
publication with the second and ADRID.	lemA-neV		ietaminas ADHD)	
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	QL=7 días
				QL=30 días,
dexmethylphenidate hcl 2.5		_		AL 6-20 años,
mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	FOCALIN	PA ≥ 21 años
				QL=30 días,
methylphenidate hcl 5 mg			D177.4.1.33.1	AL 6-20 años,
tab	2	Preferred	RITALIN	PA ≥ 21 años
				QL=30 días,
dexmethylphenidate hcl 10			500 A LIN	AL 6-20 años,
mg tab	3	Preferred	FOCALIN	PA ≥ 21 años
				QL=30 días,
methylphenidate hcl 10 mg			DITAL IN	AL 6-20 años,
tab, 20 mg tab	3	Preferred	RITALIN	PA ≥ 21 años
STRATTERA 10 mg cap,				PA, QL=30
100 mg cap, 18 mg cap, 25				días, AL 6-20
mg cap, 40 mg cap, 60 mg				años, PA ≥ 21
cap, 80 mg cap	4	Preferred		años, P
RESERVED SIJEER D			MENUSADERSUENCE	
	Benzocia	zepines (Beirzoid	azepinasj	
flurazepam hcl 15 mg cap,				
30 mg cap	1 1	Preferred	DALMANE	QL=5 días
temazepam 15 mg cap, 30			DESTOR	01 = 5 45 = -
	1 1	Preferred	RESTORIL	QL=5 días
mg cap Miscellaneous Sleep Di	sorder Agi	ins egenes M	spelaneos Desordene	S Del Suello
zolpidem tartrate 10 mg tab,				
5 mg tab	1 1	Preferred	T AMBIENACIO	QL=5 días
			JIM 3	9r ///
			AMBIENACION	

A.H.A.

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



A amitriptyline hcl	lamotrigine
В	M
benztropine mesylate 10 bupropion hcl 9 bupropion hcl er (sr) 9 bupropion hcl er (xl) 9	methylphenidate hcl
С	nortriptyline hcl10
citalopram hydrobromide	P paroxetine hcl10
D	R
dexmethylphenidate hcl	risperidone10
divalproex sodium	sertraline hcl
F	Т
fluoxetine hcl	temazepam12 trazodone hcl9
Н	V
haloperidol	valproic acid
1	Z
ibuprofen	zolpidem tartrate





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

Página 13 de 14 Revisado 5/12/2017







A.H. All.





Formulario de

Emergencia Integrado (FEI)

2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG













15-107-02



Han, Akardak, Kakkili Umarus. Galarraskar

तिसः सेन्बुहोत्रास्टः सेवतित्र सेवात्ताल चित्रिक्तिकाः विकासीमा

I de muyo de 2017

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

Edinado pervectos

Me place presentaries et formulario de Medicamentos en Cubicata del PSG (FMC) de Salud Fisica y Salud Mental, ast como sus respectivos subformulados. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo imadelo de servicios integrados del Plan de Salud de Cichicam, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

El FMC de Salud Pisien Incluye: Denial, Netrología, Ob-Gyn, Oncología, Farmulario de Emergencia Integrado, VIII-SIDA y Sub-fisico. Por atro lada, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos siquintras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulação de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's par sus siglas en inglês) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aqui incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéntica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacenteces elínicos. Este contité se retine periodicamente para evaluar los clases tempénticas y emitir recomendaciones busadas en aspectos elínicos. El FMC es un documento dinámico, el enal puede autirir cambios, los cuales se notifican periodicamente mediante Cartas Normativas,

Les exharto à conservar esta gula para su reférencia. La misma también está disponible en auestra, página electrónica <u>www.uses.pr.m/p</u>.

Circlinhaeafe.

Angela M. Avila Marero Directora Elecutiva Centrato Número

GUROS DE SP

) ,

.....





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

Contrato Número POSDE

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 reune periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

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

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

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

Proceso de Excepción

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

- 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.

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.

Página 3 de 38



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

1.11.11.

Página 4 de 38

SMINISTRACION OF

Contrato Número



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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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



A.H.All.

Página 5 de 38



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
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)	
DEL TEAN DE BIEGO DES GODIENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017	11
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	11
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	12
THER A PEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]	13
ANALGESICS LANALGÉSICOS]	13
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]	13
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]	13
ANTESTHETICS (ANESTÉSICOS)	14
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]	14
ANTIANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]	14
Renzodiazenines [Benzodiazeninas]	14
Missellaneous Anxiolytics [Anxiolíticos Misceláneos]	14
ANTERNACTEDIALS [ANTIRACTERIANOS]	14
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]	14
Macrolides [Macrólidos]	14
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]	15
n :: Ilina [Danicilinas]	15
Quinolones [Quinolonas]	16
Quinolones [Quinolonas]	16
Second Generation Cephalosporms [Cetatosporms Sulfonamides [Sulfonamidas]	16
Sulfonamides [Sulfonamidas]	17
Third Generation Cephalosporms [Cetalospormas De Terecta Generation] ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]	17
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]	17
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]	171 1

A.H. M.

Página 6 de 38



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]	E.S. 18
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]	18
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	19
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]	19
ANTIDIA RETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	19
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]	19
Bigganides [Bigganidas]	19
Divertify 1 Portidage 4 (Don-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4]	19
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]	19
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]	17
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
Uricospries [Uricosúricos]	20
ANTTHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]	20
Alpha, Adrenergic, Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]	20
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	2
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]	2
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De	2
Angiotensina]	2
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica]	2
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	2
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos	s] 22
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]	22
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]	22
Nonselective Beta Blocking Agents [Bioquetacres Beta To Details] Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio]	22
Potassium-Sparing Diuretics [Diureticos Conscivuacios De Conscivuacios De Conscium-Sparing Diureticos Tiazidas]	23
Thiazide Diuretics [Diureticos Flazidas]	

Contrato Número



GOBIERNO DE PUERTO RICO Administración de Seguro de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	23
Vasodilators [Vasodilatadores]	23
Vasodilators [Vasodilatadores]	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 [Precursores De Dopamina]	25
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSICÓTICOS]	25
ANTIPS Y CHOTICS [ANTII SICOTICOS]	25
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]	26
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	26
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]	26
Anti-Cytomegalovirus (Cinv) Agents [Agentes 1 min Chemical Indicated and Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	26
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]	26
THE TRUE TO SEE A THE LEGISLOPER TO SHAPE OF THE SECOND SE	
DENICNA!	26
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	20
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
Antiger by throics Class Ii [Antiarrítmicos Clase Ii]	27
Antiorrhythmics Type I-A [Antiarritmicos Tipo I-A]	27
Antiorrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]	28
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmices WIST 146104]	28
THE THE PARTY OF T	

Contrato Número

474.3300 Fax: 787.474.3348 www.ases.pr.gov PO Box 195661, San Juan, PR 0091



GOBIERNO DE PUERTO RICO Administración de Seguios de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

,	28
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]	29
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	29
Pediculicides And Scabicides [Pediculicidas Y Escabicidas]	20
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos]	20
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]	20
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares]	20
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]	20
Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa]	20
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]	20
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]	29
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]	20
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]	
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]	
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]	
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]	30
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]	
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina]	
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]	
TAMINOSTIPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	31
Charactricosteroids [Glucocorticoides]	31
Y Clabyling [Immunoglobylings]	31
TOTAL AND MATORY POWEL DISEASE (ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL)	31
A aga ligardates [A minosalicilatos]	
a 16 amidas [Culfonamidas]	
ACRUPALS & RIFCTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]	31
G. 1 : Page lating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]	
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCLE RELAXANTS [Agentes Antiespassissis and]	31
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]	31







GOBIERNO DE PUERTO RICO Administración de Seguriore de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]	32
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]	32
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OF TALMICOS]	20
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]	
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]	32
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]	
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	33
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	33
Missellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	33
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	33
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]	33
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	33
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	33
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	33
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]	ب المستور و المستور و المستور و المستور و المستور و المستور و المستور و المستور و المستور و المستور و المستور المستور و المستور و
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]	33
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]	34
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	34









Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares Gobernador

Sra. Angelà M. Avila Marrero Directora Ejecutiva

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEÏ)

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]	MALO		Referencia	Requirements/ Limits [Requentmentos /Limites]
THERAPEL	ITIC CA	TEGORY ICA IEG	ORÍA TERAPEUTICA	
	herape	utic Class [Clase]	rerapeuncaj	TV SERVICE DATES OF THE
	ANA	GESICS [ANALGI		
Nonsteroidal Anti-Inflam	natory	Agents (Nealds) [/	Anti-Inflamatorios No	Esteroldales
ibuprolen 400 mg lab, 600 mg lab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL = 5 días
Indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	QL = 5 días
nabumeton a 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 dfas
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:







Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEÏ)

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		and the state of t
13	\$3,000 - \$3,499	•	SONINISTRACION OF
14	\$3,500 - \$3,999		Contract of the contract of th
15	\$4,000 - \$4,499		The state of the s
16	\$4,500 - \$4,999		Contrato Número
17	\$5,000 - \$5,499		
18	\$5,500 - \$5,999		0 5 6 6 7
19	\$6,000 - \$6,499		
20	\$6,500 - \$6,999		OUPOS DE SAL
21	\$7,000 - \$7,499		OSDE
22	\$7,500 - \$7,999		
23	\$8,000 - \$8,499		
24	\$8,500 - \$9,000		
25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente	
~~	· •		

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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





Riewisadou 18 de mayor de 2017 Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero

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]
THERAPE	UTIC CAT	EGORY [CATEG	ORÍA TERAPÉUTICA]	
	Therapeu	tic Class [Clase]	rerapeuticaj Esicosi	<u>/</u>
2 (1986) 1 (GESICS [ANALGI		
Nonsteroidal Anti-Inflam	imatory A	gents (Nsaids) [A	Inti-Inflamatorios No	Esteroldales
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 Opiol	d Analges	sics [Analgésicos	Opiodes De Corta D	uración]
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	11	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

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

PO Box 195661, San Juan, PR 0091



GOBIERNO DE <u>PUERTO</u> RICO Administración de Se

Remissado o Asabeltás par de 2017 Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero

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]
	ANEST	HETICS (ANEST	SICOS]	
Lo	cal Anest	hetics [Anestésio	os Locales]	
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	QL = 5 días
ANTIANX	EIY AGE	NISTAGENTES	PARA LA ANXIEDAD	
A LANCE AND CONTRACTOR OF THE SECOND STORY AND A SECOND STORY ASSESSMENT ASSESSMENT AS A SECOND STORY ASSESSMENT AS A SECOND STORY ASSESSMENT AS A SECOND STORY ASSESSMENT AS A SECOND STORY ASSESSMENT AS A SECOND STORY ASSESSMENT AS A SECOND STORY ASSESSMENT AS A SECOND STORY AS A SECOND STORY ASSESSMENT AS A SECOND STORY ASSESSMENT AS A SECOND STORY AS A SECOND STORY AS A SECOND STORY AS A	Benzodia	zepines [Benzod	lazepinas]	
clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	QL = 5 días
diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	QL = 5 días
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	11	Preferred	ATIVAN	QL = 5 días
temazepam 15 mg cap, 30 mg cap	1	Preferred	RESTORIL	QL = 5 días
Miscella	neous An	xiolytics [Ansioli	ticos Misceláneos]	
hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg	1	Preferred	VISTARIL	QL = 5 días
Δ	NTIBACT	ERIALS (ANTIBA	CTERIANOS]	
First Generation C	ephalosp	orins [Cefalospor	inas De Primera Gen	eración]
cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	1	Preferred	KEFLEX	QL = 5 días QL = 5 días, AL ≤
cefadroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	12
cephalexin 250 mg/5ml susp	2	Preferred	KEFLEX	QL = 5 días
cefadroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURÍCEF	QL = 5 días, AL ≤ 12
Macrolides [Macrolidos]				
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días
azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días

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

Cantrato Número

Fax: 787.474.3348



GOBIERNO DE <u>PUERTO</u> RICO Administración de Se

Record street Association Record and the street Record and the str Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos
	Neto]		Kelelelida	/Limites]
clarithromycin 125 mg/5ml				
susp, 250 mg tab, 500 mg		_	D(A)/(A)	
tab	2	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
clarithromycin 250 mg/5ml			DIAVINI	QL = 5 días
susp	3	Preferred	BIAXIN	QL - 5 ulas
erythromycin base 250 mg				
cap dr prt, 250 mg tab, 500		The Comment	ERY-TAB	QL = 5 días
mg tab	3	Preferred	EKI-IAD	QL = 3 trias
erythromycin ethylsuccinate		Destamad	E.E.S.	QL = 5 días
400 mg tab	3	Preferred	E.E,S.	QE - J dias
ERYTHROCIN STEARATE	,	Ni Duefermed		QL = 5 días
250 mg tab	4	Non-Preferred	iodos Micaclándos	
	ous Antiba	cteriais [Antibac	terianos Misceláneos	
clindamycin hcl 150 mg cap,		Distanced	CLEOCIN	QL = 5 días
300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	QL = 5 días
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		QL = 3 dias
metronidazole 250 mg tab,	,	Duntamad	FLAGYL	QL = 5 días
500 mg tab	11	Preferred	FLAGIL	QL - 0 dias
nitrofurantoin macrocrystal		Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
50 mg cap	1	Preferreu	WACKODANTIN	QE GUIDE
nitrofurantoin macrocrystal	_	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
100 mg cap	2	Preletteu	MACKODARTIC	Q2 O GILLO
nitrofurantoin oral	6	Non-Preferred	FURADANTIN	
suspension 25 MG/5ML	0	MOII-I Teleffed	1 OTO ADJUSTING	
nitrofurantoin monohyd	2	Preferred	MACROBID	QL = 5 días
macro 100 mg cap		nicillins [Penicilii		
	### : F e T	Troning Ironion	 	T STANDARD LENGTE UND DELLA STREET FOR STREET STREET STREET STREET STREET STREET STREET STREET STREET STREET S
amoxicillin 125 mg/5ml susp,				and the state of t
200 mg/5ml susp, 250 mg				
cap, 250 mg/5ml susp, 400				
mg/5ml susp, 500 mg cap,	1	Preferred	AMOXIL	QL = 5 días
500 mg tab, 875 mg tab	<u> </u>	1		

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Net Co [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] Contrato Número

www.ases.pr.gov



GOBIERNO DE PUERTO RICO Administración de Seguro de Salud

Reconstitute 1880 de transporte 2017 Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-				
57 mg/5ml susp, 500-125				
mg tab, 600-42.9 mg/5ml		Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
susp, 875-125 mg tab	1	Preferreu	AUGMENTIN	QL - D GIGG
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				0, 5,1
tab	1	Preferred	VEETIDS	QL = 5 días
amoxicillin-pot clavulanate				
250-125 mg tab, 250-62.5	,	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
mg/5ml susp	3	nolones [Quinok		L - 3 dias
	Quii	ioiones [Munion	Jilasj 	
ciprofloxacin hcl 250 mg tab,	4	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
500 mg tab, 750 mg tab	1	Freieneu	Oli NO	QL O GIGO
levofloxacin 250 mg tab, 500	1	Preferred	LEVAQUIN	QL = 5 días
mg tab, 750 mg tab ciprofloxacin 500 mg/5ml	I	Trotottod		
(10%) susp	3	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
ciprofloxacin 250 mg/5ml				
(50/1) cuch	4	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
Second Generation 0	Cephalosp	orins [Cefalospo	rinas De Segunda Ge	eneración]
cefaclor 250 mg cap, 500				
mg cap	2	Preferred	CECLOR	QL = 5 días
cefprozil 125 mg/5ml susp,				
250 mg tab, 250 mg/5ml	_	. в е	CEFZIL	QL = 5 días
susp, 500 mg tab	2	Preferred		QL – 5 uias
	Sulton	amides [Sulfona	illings]=%	
sulfamethoxazole-tmp ds	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
800-160 mg tab	<u> </u>	rielelieu	J OLI HOT	SE O GIGO

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Nont Para la para rangos de costo neto mensical] • P - Preferrad Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

San Juan PR 00919

2300 Fax: 787.474.3348 www.ases



GOBIERNO DE PUERTO RICO Administración de Se

Reconstruction Association are 2017 Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
sulfamethoxazole- trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
Control of State State State Company of the Control	ephalosp	orins [Cetalospoi	rinas De Tercera Gen	
cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap	2	Preferred Preferred	OMNICEF OMNICEF	QL = 5 días QL = 5 días
cefdinir 250 mg/5ml susp	CONVINE	SANTS (ANTICON		
ANU	AnticonVII	Isants [Anticonv	ulsivantes]	
The state of the s	-titteonva			
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			DUENORA DRITA!	QL = 5 días
tab	11	Preferred	PHENOBARBITAL	I QL - D UIAS

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL -[Ver página #12 para rangos de costo nero mensual] Preferido

Contrato Número

www.ases.pr.gov



GOBIERNO DE PUERTO RICO Administración de Seguro de Salud

Ritoristidio Protectial grade 2017 Gobernador

Sra. Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	Neto]			
primidone 250 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	MYSOLINE	QL = 5 días
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días
valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr	1	Preferred	DEPAKENE	QL = 5 días
zonisamide 50 mg cap	1	Preferred	ZONEGRAN	QL = 5 días
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		QL = 5 días
levetiracetam 1000 mg tab, 750 mg tab	2	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab	2	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew	2	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap	2	Preferred	ZONEGRAN	QL = 5 días
ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln	3	Preferred	ZARONTIN	QL = 5 días
phenobarbital 20 mg/5ml	3	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días
ANTIDEMENTIA AGENTS (AGENTES ANTIDEMENCIA)				
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]				
donepezil hcl 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ARICEPT	QL = 5 días
rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap	3	Preferred	EXELON	/ ₂ 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 Acres e refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • Proferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]

PO Box 195661 San Juan, PR 009 No. Sci Tel: 727,474.3300 Fax: 787.474.3348 www.ases.pr.g

Revisado: 18 de mayo de 2017

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]	
A	STIDEPRE	SSANTS [ANTID	EPRESIVOS]		
Miscellaneou	ıs Antide	oressants [Antide	presivos Misceláneo) s]	
trazodone hcl 100 mg tab,					
150 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DESYREL	QL = 5 días	
Monoamir	ie Oxidas		[Inhibidores De Ma	الم	
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	QL = 5 días	
ANTIDIA	BETIC AC	ENTS AGENTE	SANTIDIABÉTICOS		
Alpha-Glucos	idase Inh	ibitors [Inhibidor	es De Alfa Glucosida	isaj	
acarbose 100 mg tab, 25 mg			DDECOCE	QL = 5 días	
tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	UL - 3 ulas	
	Big	uanides [Biguani	dasj		
metformin hcl 1000 mg tab,		, r	GLUCOPHAGE	QL = 5 días	
500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred			
	ptidase-4	(Dpp-4) innibitor	s [Inhibidores De Dp		
KOMBIGLYZE XR 2.5-1000					
mg tab er 24 hr, 5-1000 mg				QL = 5 días,	
tab er 24 hr, 5-500 mg tab er	3	Preferred		ST, P	
24 hr	<u> </u>	Fletened		QL = 5 días,	
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg	3	Preferred		ST, P	
tab •		tures [Mezclas D	e Insulinasi		
· 在一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个	1901111 10112			QL = 1 Vial 10	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100	2	Preferred		ML/30 días, P	
unit/ml sc susp	tizina Aae	nts Agentes Se	nsibilizantes De Insu	lin]	
	rema va:				
pioglitazone hcl 15 mg tab,	1	Preferred	ACTOS	QL = 5 días	
30 mg tab, 45 mg tab 1 Preferred ACTOS QL = 3 dias					
HUMULIN N 100 unit/ml sc		ST SERVICE MEDICAL SERVICE CONTRACTOR		QL = 1 Vial 10	
euen	2	Preferred		ML/30 días, P	
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]					
HUMULIN R 100 unit/ml inj		The same of the sa	Λ	QL = 1 Vial 10	
soln	2	Preferred		ML/30 días, P	
30111	<u> </u>				

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Netro 1 Product of the Product of the Cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferrad Contracted Product [Producto Contratado Contrato Número Preferido]

Página 19 de 38

Revisado: 1/8

Contrato Número

4SES

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

FORMU	JLARIO D	E EMERGENCIA II	NIEGRADO (LEI)	and and
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	11	Preferred Preferred	AMARYL GLUCOTROL	QL = 5 días QL = 5 días
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	A NITHE)	METICS (ANTIEM		
表示。2015年2月1日 - 1915年 - 1915年 - 1915年 - 1915年 - 1915年 - 1915年 - 1915年 - 1915年 - 1915年 - 1915年 - 1915年 - 1915年 -	ana Anti	ometice (Antiem	eticos Misceláneos]	The state of the s
From the man and the control of the	eous Ann	emencs (Andenid		2009/00/00/00/00/00/00/00/00/00/00/00/00/
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
	Pheno	thiazines [Fenoti	azinas]	
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	QL = 5 días
prochlorperazine 25 mg rect	4	Non-Preferred	COMPAZINE	QL = 5 días
AN	TIGOUT A	GENTS (AGENT	ES 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 QL= 3 tab,
COLCRYS 0.6 mg tab	4	Non-Preferred		15días
	Uric	osuries [Uricosú	DENERAD	
probenecid 500 mg tab	1	Preferred	BEDTENSIAVOS	QL = 5 días
ANT	IHYPERT	ENSIVES (ANTIH		1
1.0 (1.7) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1) (1.1)	energic A	gonists [Agonista	as 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]

1111

1 agina 20 do 30

Revisado

de mayo de 2 Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

				(C) CF	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]	
Alpha-Adrenergi	c Blocking	g Agents [Bloque	eadores Alfa Adrenéi	rgicos)	
terazosin hcl 1 mg cap, 10	1	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días	
mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap Angiotensin II Receptor	Blockers	(ARB) [Antagoni	stas Dei Neceptor A	ngiotorionia m	
losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	QL = 5 días	
Iosartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	QL = 5 días	
tab, 50-12.5 mg tab Angiotensin-Converting E	nzyme (AC	E) Inhibitors [In	nibidores De La Enzi	ma 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	1	Preferred	ZESTORETIC	QL = 5 días	
Calcium Channel	Blocking /	Agents [Bloquea	dores De Canales De	e Calcioj	
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,	1	Preferred	CALAN	QL = 5 días	
40 mg tab, 80 mg tab Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica].					
acetazolamide 125 mg tab,	3	Preferred	DIAMOX	QL = 5 días	
Cardioselective Bet	a Blocking	g Agents [Bloque	eadores Beta Cardio	selectivos]	
atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1 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]

A.A.A.

Revisado:

Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/*/ Limits [Requerimientos /Limites]		
metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab	1	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días		
er 24 hr 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 Cardioselective Beta-Ad	2	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días		
Cardioselective Beta-Ad	renergic i	Cardioselectivos	1			
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 Dlu	retics [Diurético:	s Del Asa]	I		
furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	LASIX	QL = 5 días		
	a Blockin	g Agents [Bloque	adores Beta No-Sele	CIIVOS		
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	11	Preferred	INDERAL	QL = 5 días		
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred	INDERAL	QL = 5 días		
Potassium-Spar	Potassium-Sparing Diuretics [Diureticos Conservadores De Potasio]					
spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	11	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]

A.M.A.

Revisado:

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
TELEPOOR STATE	hiazide D	iuretics [Diurético	os 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
motolozona 10 ma tah	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	QL = 5 días
Vasodilator B	eta Block	ers [Bloqueadore	s Beta Vasodilatador	'es]
carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	1	Preferred	COREG	QL = 5 días
my tab	Vasod	ilators [Vasodilat	adores]	
hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	APRESOLINE	QL = 5 días
ANTIMI	GRAINE /	AGENTS AGENT	ES ANTIMIGRAÑA]	
Beta-Adrenergio	Blocking	Agents [Bloque	adores Beta Adrenéro	gicos]
divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500			DEPAKOTE	QL = 5 días
mg tab dr	1	Preferred	DEFAROTE	QL - 0 diao
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg	1	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días, ST
tab	THENIC A	GENTSVAGENT	S/ANTIMIASTÉNICO	S]
Dorac	vmnathor	nimetics lParasir	npatomiméticos]	
pyridostigmine bromide 60 mg tab	2	Preferred	MESTINON	QL = 5 días

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

A.H. M.

Página 23 de 38



Revisado 18

Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

		and the same of th			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]	
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		QL = 5 días	
pyridostigmine bromide 180	T				
mg tab er	6	Non-Preferred	MESTINON	QL = 5 días	
ANTIM	COBACT	ERIALS [ANTIMIC	OBACTERIANOS]		
	Antitube	rculars [Antitube	rculosos]		
CAPASTAT SULFATE 1 gm		Series gai seesen ja keese series series saan saan series series saan series se	36 <u>- 15 - 16 - 16 - 16 - 16 - 16 - 16 - 16 </u>	01 5 16-	
inj soln				QL = 5 días	
cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	Puerto Rico	
RIFAMATE 150-300 mg cap				Department Tuberculosis	
TRECATOR 250 mg tab				Control Program	
rifabutin 150 mg cap	7		MYCOBUTIN	Control Togram	
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	
isomaziu 30 mg/omi syr		SITICS [ANTIPAR	ASITARIOS]		
		ialarials [Antimal			
LL savina phosphoto 250			200 July 2 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		
chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ARALEN	QL = 5 días	
hydroxychloroquine sulfate	<u> </u>	1			
200 mg tab	1	Preferred	PLAQUENIL	QL = 5 días	
quinine sulfate 324 mg cap	4	Preferred	QUININE	QL = 5 días	
	7	Non-Preferred		PA, QL = 5 días	
ANTIPAR	KINSON A	GENTS AGENT	ES ANTIPARKINSON		
DARAPRIM 25 mg tab ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] Anticholinergics [Anticolinergicos]					
benztropine mesylate 0.5		regions, worthing the region of the region o			
mentah 1 matah 2 matah	1	Preferred	COGENTIN	QL = 5 días	
Antinarkinse	n Dopami	nergics [Dopamiı	nérgicos Antiparkins	on] see to contain	
amantadine hcl 50 mg/5ml	<u>1997 - </u>				
	1	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días	
syr		<u> </u>			

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

A.H.All.

ASES

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Revis	1 3	de m	-	io /	
(FEI)	and and		08	15	

	Net		Reference Name	Requirements/ Limits	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Cost [Costo	Tier [Tier]	[Nombre de Referencia]	[Requerimientos	
	Neto]			/Límites]	
pramipexole dihydrochloride				į	
0.125 mg tab, 0.25 mg tab,				÷	
0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1	,	D 6	MIRAPEX	QL = 5 días	
mg tab, 1.5 mg tab	1	Preferred	WITAFLA	QL - 5 did5	
ropinirole hcl 0.25 mg tab,					
0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg	,	Duefound	REQUIP	QL = 5 días	
tab, 4 mg tab, 5 mg tab	11	Preferred	REQUIP	QL = 5 días	
ropinirole hcl 2 mg tab	2	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días	
amantadine hcl 100 mg cap	3	Preferred	STIVIIVIET	QL - J Glas	
bromocriptine mesylate 2.5	_	Duefermed	PARLODEL	QL = 5 días	
mg tab	3	Preferred	FARLODEL	QL - 0 dido	
carbidopa-levodopa-		Non-Preferred			
entacapone 18.75-75-200	A		STALEVO	QL = 5 días	
mg tab	4	Non-Preferred	SIALLYO	GL O GIGO	
carbidopa-levodopa-		Non-Preferred			
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	5		STALEVO	QL = 5 días	
mg tab		reore [Precursor	es De Dopamina]		
#555 A 985 NESCO E APPERENDA DE PROPERTO POR PROPERTO DE TRANSPORTO DE LA PROPERTO DEL PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DEL PROPERTO DE LA PROPERTO DEL PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DEL PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DE LA PROPERTO DE LA PROPERTO DEL PROPERTORIDA DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DEL PROPERTO DE	ille Liecr	SUIS TOURISON		Ordina margin in man will are an in man own a first	
carbidopa-levodopa 10-100	1	Preferred	SINEMET	QL = 5 días	
mg tab, 25-100 mg tab		1 TOTOTOG	011,24112		
carbidopa-levodopa 25-250	2	Preferred	SINEMET	QL = 5 días	
mg tab		110101104			
carbidopa-levodopa er 25-					
100 mg tab er, 50-200 mg	2	Preferred	SINEMET CR	QL = 5 días	
tab er	ΔΝΤΙΡ <u>Ο</u> ΔΝΤΙΡΟΥΛ		SIGÓTICOS	1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1	
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSICÓTICOS] Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]					
risperidone 0.25 mg tab, 0.5			1		
mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab,	1	Preferred	RISPERDAL	QL = 5 días	
3 mg tab, 4 mg tab	<u> </u>			1	

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

J. H. H.

Página 25 de 38

Revisado: 18 de mayo

4SES

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]	
Typical - F	irst Gene	ration [Típicos ∗ l	Primera Generación]		
haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg				0. 5.16	
tab, 2 mg tab	11	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	
	ANTI	VIRALS [ANTIVIR	ALES]		
Anti-Cytomegal	ovirus (Cr	nv) Agents [Ager	ites Anti-Citomegalov	/irus]	
valganciclovir hcl 450 mg				PA,	
tah "	13	Non-Preferred	VALCYTE	QL = 5 días	
Antil	nerpetic A	gents [Agentes /	Antiherpéticos]		
acyclovir 200 mg cap, 400					
mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días	
anyalovir 200 ma/5ml sush	2	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días	
Anti	Influenza	Agents [Agentes	Antiinfluenza]		
amantadine hcl 50 mg/5ml					
syr	11	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		
TANKELLI 6 mg/ ml cuen	5	Non-Preferred			
BENIGN PROSTATIC	HYPERT	ROPHY AGENTS	AGENTES PARA EI	PERTRUFIA	
		OSTÁTICA BENI			
Alpha-Adrenergi	c Blockin	g Agents [Bloque	eadores Alfa Adrenér	gicos]	
terazosin hcl 1 mg cap, 10					
ma can 2 ma can 5 ma can	1	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días	
BLOOD	ODIFIER	s [modificadof	RESIDE 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			OOLINAA DINI	01 = 5 diag	
mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	COUMADIN	QL = 5 días	
heparin sodium (porcine)		, m	I I I I D A D I A I	QL = 5 días	
1000 unit/ml inj soln	2	Preferred	HEPARIN	L Ar - 2 Mias	

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

Página 26 de 38

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

FURMULARIO DE EMBROENCIA INTEGRADO (122)				
Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]	
3	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días	
3	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días	
8	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días	
Stimulatin	g Factors [Estin	mantes meioloes]		
12	Preferred		PA, QL = 5 días, P	
12	Preferred		PA, QL = 5 días, P	
lodifying A	Agents [Modifica	dores De Plaquetas]		
1	Preferred	PLETAL	QL = 5 días	
1	Preferred	PLAVIX	QL = 5 días	
ULAR AC	ENTS (AGENTE	S CARDIOVASCULAR	RES]	
rhythmics	s Class II [Antiar	rítmicos Clase Ii]		
1	Preferred	INDERAL	QL = 5 días	
1	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días	
11	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días	
2	Preferred		QL = 5 días	
rhythmics	Type I-A [Antiar	ritmicos i ipo i-Aj		
1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL = 5 días	
2	Preferred	QUINAGLUTE	QL = 5 días	
2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL = 5 días	
	Net Cost [Costo Neto] 3 3 8 Stimulatin 12 12 12 lodifying A rhythmics 1 1 1 2 rhythmics 1 2	Net Cost [Costo Neto] 3 Preferred 3 Preferred 8 Preferred 12 Preferred 12 Preferred 10 Preferred 1 Preferred 2 Preferred 1 Preferred 2 Preferred 1 Preferred	Net Cost [Costo Neto] 3 Preferred HEPARIN 3 Preferred HEPARIN 8 Preferred HEPARIN Stimulating Factors [Estimulantes Micloides] 12 Preferred 12 Preferred 14 Preferred PLETAL 1 Preferred PLAVIX CULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULAR IN INDERAL 1 Preferred INDERAL 1 Preferred BETAPACE 1 Preferred BETAPACE 1 Preferred BETAPACE 1 Preferred INDERAL 1 Preferred BETAPACE 1 Preferred BETAPACE 2 Preferred INDERAL 1 Preferred BETAPACE 2 Preferred INDERAL 1 Preferred BETAPACE 2 Preferred SULFATE 2 Preferred SULFATE 2 Preferred QUINIDINE SULFATE	

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

JAM.

ado: 18 de Acayon de 2017

Revisado.

Revisado La de

Contrato Húmero

FOR DESCRIPTION OF STATE OF ST

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]	
State of the best properties of the state of	2	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días	
mexiletine hcl 150 mg cap	3	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días	
mexiletine hcl 200 mg cap			rítmicos Tipo I-C]		
flecainide acetate 100 mg	117:111100			SAME THE STATE OF STA	
tab, 50 mg tab	1	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días	
propafenone hcl 150 mg tab,		Toloitou			
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	
Antia	rrhythmic	s Type III [Antiar	rítmicos Tipo lii]		
	1	Preferred	CORDARONE	QL = 5 días	
Miscellaneous Cardio	vascular	Agents [Agentes	Cardiovasculares Mis	sceláneos]	
digoxin 125 mcg tab, 250	- <u>1220, 2011 (17, 17, 17, 17, 17, 17, 17, 17, 17, 17, </u>				
mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	QL = 5 días	
	Vasod	ilators [Vasodilat	adores]		
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 subl, 0.4 mg tab subl, 0.6	1	Preferred	Carle No. 10 (10 Carle Open 10	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]

AAA.

Revisado: 18 de 1

Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
DERMATOL	OGICAL A	GENTS [AGENT	ES DERMATOLÓGIC	OS]
Pediculicide	s And Sc	abicides [Pedicu	ilicidas Y Escabicida	QL = 5 días
permethrin 5 % crm	3	Preferred	ELIMITE	UL - Julas
То	pical Anti	biotics [Antibiót	COS [OPICOS]	QL = 5 días
mupirocin 2 % oint	1	Preferred	BACTROBAN SILVADENE	QL = 5 días
silver sulfadiazine 1 % crm	1	Preferred	LAMISIL	OTC, QL = 5días
terbinafine 1% crm	1	Preferred	-	TOTO, QL = Julias
	DYSLIPI	DEMICS [DISEIP	DEMICUS]	2::4::4::4::4::16::4::4::16::16::16::16::
	equestran	ts [Secuestrador	es De Ácidos Biliare	3
cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días
cholestyramine light 4 gm	3	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días
Fibric A	cid Deriva	itives [Derivados	De Ácido Fíbrico]	
gemfibrozil 600 mg tab	1	Preferred	LOPID	QL = 5 días
Hmg-Coa Reducta	ase Inhibi	tors [Inhibidores	De La Hmg-Coa Red	ductasa
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	1	Preferred	ZOCOR	QL = 5 días
CACTDONTES	TINAL AC	ENTS (AGENTE	S GASTROINTESTIN	ALES
Histamine2 (H2) Ro	eceptor A	ntagonists [Anta	gonistas Del Recept	or 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	1	Preferred	ZANTAC	QL = 5 días
tab, 75 mg/5mi syr Miscellaneous Gastro	ıntestinal	Agents (Agente:	o Gaell Allice Illiance i	
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] A.H.All.

Página 29 de 38

Revisado: 18 vie mayorde

Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

·				0//9/
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
Proton Pump	Inhibitors	[Inhibidores De	La Bomba De Protono	98]
omeprazole 10 mg cap dr,	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
CENITALIR	INARY AC	ENTS JAGENTE	S GENITOURINARIOS	
Miscellaneous Geni	ourinary	Agents [Agentes	Genitourinarios Misc	elaneosj
phenazopyridine hcl 100 mg	1	Preferred	PYRIDIUM	QL = 3 días
HORN	ONAL AG	ENTS [AGENTE	S:HORMONALES]	the first of the profession.
A	ntithyroid	Agents [Agentes	Antitiroide]	
methimazole 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	QL = 5 días
White was all 50 mg tah	2	Preferred	PROPYLTHIOURA CIL	QL = 5 días
Calci	mimetic A	gents [Agentes (Calcimiméticos	
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, QL = 5 días
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, QL = 5 días
OFNOIDAD OO ma tab	10	Preferred		PA, QL = 5 días
Dop	amine Ago	nists [Agonistas	De Dopamina]	1
bromocriptine mesylate 2.5	3	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
	hyroid Ho	rmones [Hormo	na Tiroideaj	
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

A.A.A.

[•] PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL -Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] Página 30 de 38

Revisado:

Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]	
G	lucocortic	osteroids [Gluco	corticoides]		
dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5					
mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab	1	Preferred	DECADRON	QL = 5 días	
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	QL = 5 días	
prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días	
prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab	11	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días	
methylprednisolone 16 mg	2	Preferred	MEDROL	QL = 5 días	
	nmune Gl	obulins [lmmund	giobulinasj		
RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit	4	Preferred		MESTINALES SE	
INFLAMMATORY BOY	VEE DISE/	ASE LENEERIVEL		<u> </u>	
		licylates [Aminos	anchatos <u>j</u>	QL = 5 días, P	
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred Preferred		QL = 5 días, P	
ASACOL HD 800 mg tab dr		namides [Sulfona	l midasi		
sulfasalazine 500 mg tab,	Julio		AZULFIDINE	QL = 5 días	
500 mg tab dr	1	Preferred		f	
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS] Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]					
200	guiaung:A I ₄	Preferred	VITAMIN D	QL = 5 días	
vitamin d 400 unit cap	E DEI AY/	NTSTREVALAN	ES MUSGULARES]		
Antis	pasticity A	gents [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]

A.H.A.

Página 31 de 38

Revisado As de mayo de 200 Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Requirements/ Net Reference Name Limits Cost Drug Name [Nombre del Nombre de Tier [Tier] [Requerimientos Medicamento] [Costo Referencial /Limites] Netol dantrolene sodium 25 mg QL = 5 díasDANTRIUM Preferred 2 cap, 50 mg cap dantrolene sodium 100 mg QL = 5 díasDANTRIUM Preferred Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales] cyclobenzaprine hcl 10 mg QL = 5 días**FLEXERIL** Preferred 1 OPHTHALMIC AGENTS (AGENTES OFTALMICOS) Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma] QL = 1 Frasco 5 brimonidine tartrate 0.2 % ML/15 días ALPHAGAN 1 Preferred ophth soln QL = Frasco 10 dorzolamide hcl 2 % ophth ML/30 días TRUSOPT 1 Preferred QL = 1 Frasco 5 levobunolol hcl 0.5 % ophth ML/25 días **BETAGAN** Preferred 1 QL = 1 Frasco 5 levobunolol hcl 0.25 % ophth ML/15 días BETAGAN Preferred 1 soln QL = 1 Frasco 5 timolol maleate 0.5 % ophth ML/30 días TIMOPTIC 1 Preferred QL = 1 Frasco 5 dorzolamide hcl-timolol mal ML/30 días COSOPT Preferred ophth sol 22.3-6.8 mg/ml 1 QL = 1 Frasco 5 timolol maleate 0.25 % ML/25 días TIMOPTIC 1 Preferred ophth soln : QL = 1 Frasco 5 betaxolol hcl 0.5 % ophth ML/15 días **BETOPTIC** Non-Preferred soln Ophthalmic Antiblotics [Antiblóticos Oftálmicos] QL = 1 Tubo 3.5 gentamicin sulfate 0.3 % GM/5 días **GARAMYCIN** Preferred 1 ophth oint QL = 1 Frasco 5 gentamicin sulfate 0.3 % **GARAMYCIN** ML/5 días Preferred 1 ophth soln QL = 1 Frasco 5 ML/5 días TOBREX Preferred tobramycin 0.3 % ophth soln Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas] QL = 1 Frasco/25 latanoprost 0.005 % ophth días **XALATAN** Preferred

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA - Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL -Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page #12 for monthly net cost range [Ver página #12 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] Página 32 de 38

soln

1.11.11.

Revisado

de mayo de Contrato Número

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

				, G
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
Oph	thalmic S	teroids [Esteroid	es Offalmicos	
neomycin-polymyxin- dexamethasone 3.5-10000- 0.1 ophth oint, 3.5-10000- 0.1 ophth susp	1	Preferred	MAXITROL	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días QL = 1
prednisolone acetate 1 % ophth susp	2	Preferred	PRED FORTE	Frasco 5 ML/5 días
	OTIC AC	ENTS (AGENTES	SOTICOS]	
Miscellane	ous Otic	Agents [Agentes	Oticos Misceláneos]	
acotic acid 2 % otic soln	2	Preferred	VOSOL	QL = 1 Frasco 15 ML/10 días
	Otic Antib	iotics [Antiblótic	os uticos]	QL = 1
neomycin-polymyxin-hc 1 %				Frasco 10
otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp	2	Preferred	CORTISPORIN	ML/10 días
DECDIR.	ATORY A	ENTS AGENTE	S RESPIRATORIOS]	THE STATE OF
Anticholinergic	Bronchod	ilators [Broncodi	latadores Anticolinér	gicos]
ipratropium bromide 0.02 % inh soln	1	Non-Preferred	ATROVENT	QL = 5 días
	Antileuk	otrienes [Antileul	(otrienos]	I
montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg	1	Preferred	SINGULAIR	QL = 5 días
tab chew	I I		antes Antitusivos]	
Participations for the comment of the contract	SIACLEVICE.	Preferred	TESSALON	QL = 5 días
benzonatate 100 mg cap		. I TOTOTTOG		
guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln	1	Preferred	CHERATUSSIN	QL = 5 días
Inhaled	Corticost	eroids [Corticost	eroides Inhalados)	
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 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]

A.11. Al.

Página 33 de 38

4SES

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
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 lnh 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</td
budesonide 1mg/2ml inh	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL =12<br QL = 1 Inh 12
FLOVENT HFA 220 mcg/act	4	Preferred	Section 1	EA/30 días, P
	1 Blockin I	g Agents (Sedan 	tes Bloqueadores His	stannie i j. s. sees sees
promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr	1	Preferred	PHENERGAN	QL = 5 días
Sympathomimetic	Bronchod	ilators [Broncodi	latadores Simpatomi	meticosi
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

Página 34 de 38

A.A.A.

Contrato Número

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



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)



A
acarbose19
acetaminophen-codeine13
acetaminophen-codeine #213
acetaminophen-codeine #313
acetaminophen-codeine #413
acetazolamide21
acetic acid33
acyclovir26
albuterol sulfate34
allopurinol20
amantadine hcl24, 25, 26
amiodarone hcl28
amlodipine besylate21
amoxicillin15
amoxicillin-pot clavulanate16
ampicillin16
ASACOL HD31
atenolol21
atenolol-chlorthalidone22
atorvastatin calcium29
azithromycin14
В
baclofen31
baclofen31 benzonatate33
baclofen 31 benzonatate 33 benztropine mesylate 24
baclofen 31 benzonatate 33 benztropine mesylate 24 betaxolol hcl 32
baclofen 31 benzonatate 33 benztropine mesylate 24 betaxolol hcl 32 brimonidine tartrate 32
baclofen 31 benzonatate 33 benztropine mesylate 24 betaxolol hcl 32 brimonidine tartrate 32 bromocriptine mesylate 25, 30
baclofen 31 benzonatate 33 benztropine mesylate 24 betaxolol hcl 32 brimonidine tartrate 32 bromocriptine mesylate 25, 30 budesonide 34
baclofen 31 benzonatate 33 benztropine mesylate 24 betaxolol hcl 32 brimonidine tartrate 32
baclofen 31 benzonatate 33 benztropine mesylate 24 betaxolol hcl 32 brimonidine tartrate 32 bromocriptine mesylate 25, 30 budesonide 34 butalbital-apap-caffeine 13 C 13
baclofen 31 benzonatate 33 benztropine mesylate 24 betaxolol hcl 32 brimonidine tartrate 32 bromocriptine mesylate 25, 30 budesonide 34 butalbital-apap-caffeine 13
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
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
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
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-entacapone 25 carbidopa-levodopa-entacapone 25
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
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-entacapone 25 carvedilol 23 cefaclor 16
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
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 entacapone 25 carvedilol 23 cefaclor 16 cefadroxil 14 cefdinir 17
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 carvedilol 23 cefaclor 16 cefadroxil 14 ceforozil 16
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

chlorothiazide23
chlorthalidone23
cholestyramine
cholestyramine light29
cilostazol27
ciprofloxacin16
ciprofloxacin hcl16
clarithromycin15
clindamycin hcl15
clonazepam14, 17
clonidine hcl20
clopidogrel bisulfate27
clotrimazole28
colchicine20
COLCRYS20
cyclobenzaprine hcl32
cycloserine24
D
dantrolene sodium32
DARAPRIM24
DELZICOL31
dexamethasone31
diazepam14
digoxin28
DILANTIN
diltiazem hcl21
DIURIL23
divalproex sodium17, 23
donepezil hcl18
dorzolamide hcl32
E
ERYTHROCIN STEARATE15
erythromycin base15
erythromycin ethylsuccinate15
ethambutol hcl24
ethosuximide18
F
famotidine29
flecainide acetate28
FLOVENT DISKUS33
FLOVENT HFA34
furosemide22
G
gabapentin17
Página 35 de 38
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,







FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

gemfibrozil	29
gentamicin sulfate	32
glimepiride	20
glipizide	20
guaifenesin-codeine	33
H	
haloperidol	26
heparin sodium (porcine)2	6, 27
heparin sodium (porcine) pf	27
HUMULIN 70/30	19
HUMULIN N	19
HUMULIN R	19
hydralazine hcl	23
hvdrochlorothiazide	23
hydroxychloroquine sulfate	24
hydroxyzine pamoate	14
]	
ibuprofen	13
indapamide	23
indomethacin	13
ipratropium bromide	33
isoniazid	24
isosorbide mononitrate	28
isosorbide mononitrate er	28
K	
KOMBIGLYZE XR	19
1	
lamotrigine	17
lamotrigine chew tab	17
latanoprost	32
levetiracetam1	7, 18
levetiracetam er 24 hrs	17
levobunolol hcl	32
levofloxacin	16
lidocaine viscous	
licinopril	21
lisinopril-hydrochlorothiazide	21
Iorazepam	14
Iosartan potassium	21
Iosartan potassium-hctz	21
M	
MACRODANTIN	15
MESTINON	24
metformin hcl	19
mothimazola	30

CIA NITECPADO (EEI)	100	
CIA II (I Edicado (I El)	N. GUDGO	E 8 %
CIA INTEGRADO (FEI) methyldopa	TOSU	20
methylprednisolone	***************************************	کا 11
metoclopramide hcl		
metalozana	*******************	ይህ ጋር
metolazonemetoprolol succinate er	******************	2. 22
metoprotoi succinate et	************************	44 22
metoprolol tartratemetoprolol-hydrochlorothiaz	······································	44 20
metronidazole	***************************************	- لـ م
mexiletine hcl		
montelukast sodium		32 20
mupirocin	******************	25
N		4.0
nabumetone	*****************	13
naproxen		13
naproxen sodium	*************************	13
neomycin-polymyxin-dexam	nethasone	33
neomycin-polymyxin-hc	***************************************	33
NEULASTA	************************	27
NEULASTA DELIVERY KIT		
nitrofurantoin macrocrystal.		15
nitrofurantoin monohyd mad	ro	15
nitrofurantoin oral suspension	วท	15
NITROSTAT		28
nystatin		28
0		
omeprazole	*******************	30
ONGLYZA		19
ormir		20
oseltamivir phosphate		2 <i>€</i>
oxcarbazepine		
Р .		
penicillin v potassium	******************	16
permethrin	*********	29
pharbedryl	************	20
phenazopyridine hcl	**************	30
phenobarbital		
phenytoin		18
phenytoin sodium extended		18
pioglitazone hcl		19
pramipexole dihydrochloride	9	25
prednisolone acetate		33
prednisone		31
prednisone (pak)		31
primidone		18
probenecid		
<i>ρ, οροποσια</i> Λ	***************************************	<i>خ</i> دا

Contrato Número

Página 36 de 38

ASES

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

prochlorperazine	20
prochlorperazine maleate	
promethazine hcl	
propafenone hcl	
propranolol hcl	
propylthiouracil	
pyrazinamide	24
pyridostigmine	
pyridostigmine bromide	23
Q	
quinidine gluconate er	27
quinidine sulfate	27
quinidine sulfate er	
quinine sulfate	24
R	
ranitidine hcl	29
RHOGAM	31
RHOGAM ultra-filtered plus i	
rifabutin	24
RIFAMATE	
rifampin	
risperidone	25
rivastigmine tartrate	
ropinirole hcl	25
S	
salsalate	13
selegiline hcl	
SENSIPAR	
silver sulfadiazine	
simvastatin	
sotalel bel	

sotaioi nci (ai)	
spironolactone	22
sulfamethoxazole-tmp ds	
sulfamethoxazole-trimethoprim	
sulfasalazine	
SYNTHROID	
T	
TAMIFLU	26
temazepam	14
terazosin hcl	
terbutaline sulfate	
timolol maleate	32
tobramycin	
topiramate	
tramadol hcl	
trazodone hcl	
TRECATOR	
triamterene-hctz	22
trimethobenzamide hcl	20
U	
ursodiol	29
V	
valganciclovir hcl	26
valproic acid	
VENTOLIN HFA	
verapamil hcl	
vitamin d	
W	
warfarin sodium	26
Z	
zonisamide	18





A.H.M.





Ballyd Fisica



2017
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG

A.M.A.M.















tion, Dixardo A. Hassetti Mesares Galerossku

Sta, Argola W. Avia Mamera Directora fyratica

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 Cubierto del PSG (FMC) de Salud Físico y Salud Mentri, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el muevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud de Gobierno, que está vigente desde el 1 de abril de 2015.

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

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

Les exhorte a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en muestra página electrónica www.ascspr.org.

Cordidmente,

Angela M. Avila Marrero

Directora Ejecutiva

Contrato Número

5 - 0 8 5 5

19 A.M. A.M.



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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

/ / / Página 3 de 67

SUNISTRACION

Contrato Número

ROSDE



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

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

0

Contrato Número

POSDE

A.A.A.

Página 4 de 67



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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

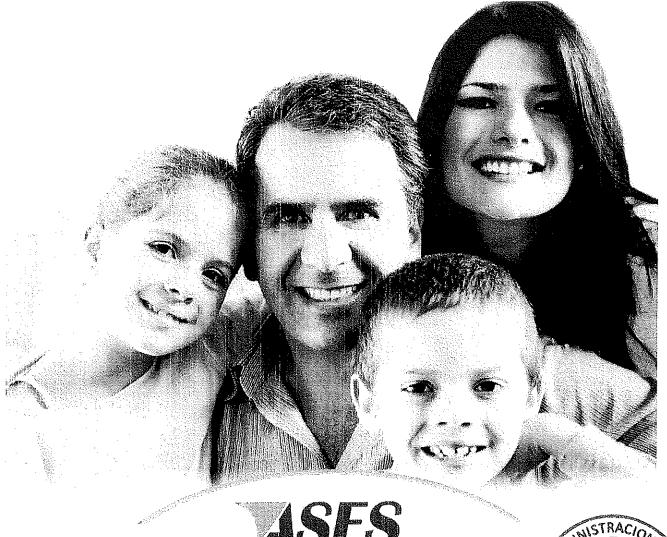


6

A.H.A.

Página 5 de 67





Salud Física

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG





Contrato Número





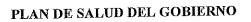












FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) 2017

TABLA DE CONTENIDO

THE STATE AND THE STATE AS CHIDIED TAIDE FARMACIA	3
ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)	
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2017	15
THER APELITIC 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
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]	19
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]	19
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	19
Aminoglycosides [Aminoglucósidos]	17 20
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]	20 20
Macrolides [Macrólidos]	20 20
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]	ZU
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



A.H.All.

Página 7 de 67 Revisado 5/18/2017

Contrato Número

GUROSDE



	MINISTR	AC/O	100
The state of the s	Contrato	Númen	\
	POS	DES	·

ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]	HOS DE ST. 23
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]	
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]	
Antidepressants [Antidepresivos]	
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	26
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa]	
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]	
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]	
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]	27
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]	27
Sulfonylureas [Sulfonilureas]	
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]	
Uricosurics [Uricosúricos]	28
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]	
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]	28
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	28



A.H.A.M.

Página 8 de 67 Revisado 5/18/2017





Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]	28
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibitores de la Elizinia Convertidora de la	28
at 151 1 in A conta [Ploqueadores de Canales de Calcio]	
Table Direction Inhibitions Inhibitions and Allerian Carbonical	
A conta FD logueadores Refa Cardioselectivos	
2 1: 1 Line Date Advancergic Blocking Agents Bloqueadores Bela-Adventergious Cardiousius	
- rest to a del Appl	
District Property [Riognesdores Refs No-Selectivos]	
- Divertices [Divertices Conservadores de Potasio]	
to the Timedaal	
The grand days Reta Vaso dilatadores	
44 1 7	
TO THE TACKNITES ANTIMIGRANAL	
Diagrandores Refa Adrenergicos	
A conjete I A conjete I Del Receptor De Sciotolina	
TO A CENTER IA CENTER ANTIMIAS IENICOS	
ro impatamináticos	
THE CLANIST MICOD ACTERIANOS	••••
t - topicle [Antimicobacterianos Miscelaneos]	
TO A CITATION OF A NITIMICOTICOS	
1 7	
t ra (Conceles Voginales)	
t at Autimological Antiprotozogrios No-Allullia ai ai 1003	
TARIOS LANTIDADA SITARIOS	
The state of the s	
- ANTIGON A CENTS LAGENTES ANTIPARKINSUN	
The first of the foreign of the first of the	******
Donaminéraicos Antiparkinson	
- In The Top of the Popularing	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]	۳۰







Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Influenza]	z.s. <i>f</i> 34
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Influenza]	
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	35
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]	
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]	
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]	35
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Tran	sciptasa Reversa] 35
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleósido	tidos de la36
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PI 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]	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]	37
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]	38
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]	38
Folates [Folatos]	
Iron [Hierro]	39
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]	
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]	
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]	40



J.H.A.

Página 10 de 67 Revisado 5/18/2017



Contrato Número

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





Página 11 de 67 Revisado 5/18/2017



Contrato Número

	10/
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas] Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]	46
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]	705 DE 46
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]	46
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos]	46
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]	46
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Acidos Biliares]	46
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]	
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-Co.	A]46
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES]	
Antispasmodics [Antiespasmódicos]	47
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	47
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]	47
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]	47
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Miscelár	neos]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]	
Antihemophilic Products [Productos Antithemofilicos]	48
Hemostatics [Hemostáticos]	49
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	50
Androgens [Andrógenos]	50
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]	50
Calcimimetics [Calcimiméticos]	50
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina]	50
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]	50
Estrogens [Estrógenos]	50







SHINISTRACIONON

AOLO (7)	à
SALUD FÍSICA Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento] Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] Prostaglandins [Prostaglandinas] Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]	
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento]	<i> </i> 51
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	51
Prostaglandins [Prostaglandinas]	51
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]	51
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]	
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]	
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]	
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	5 3
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]	
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]	55
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]	55
Sulfonamides [Sulfonamidas]	55
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]	
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]	55
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]	56
Chelating Agents [Agentes Quelantes]	56
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]	56
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]	
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]	56
Vitamin K [Vitamina K]	57
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]	57
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]	57
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]	57
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]	57
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]	57
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]	57
Nasal Steroids [Esteroides Nasales]	
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]	57







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



C 1.1.1.



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

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

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

Drug Name (Nombre del Medicamento)	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name (Nombre de Referencia)	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
THERAPE			ORÍA TERAPÉUTICA	<u> </u>
		utic Class [Clase]		
100	ANAI	Gesics [analge	SICOS]	
Nonsteroidal Anti-Infla	mmatory	Agents (NSAIDs)	(Anti-Inflamatorios N	o Esteroidales]
ibuprofen 400 mg fab, 600 mg fab, 800 mg fab	1	Preferred	MOTRIN	
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Preferred	INDOCIN	
nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	RELAFEN	
naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	NAPROSYN	
naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr	1	Preferred	NAPROSYN	
naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab	1	Preferred	ANAPROX	
salsalate 500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	DISALCID	
sulindac 150 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	CLINORIL	
celecoxib 50 mg cap	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST



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:

J. 1. H.

Página 15 de 67 Revisado 5/18/2017



RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

1	menos de \$20	Menos costoso mensualmente	
_		Menos costoso mensuamente	
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		ARTRIC
15	\$4,000 - \$4,499		STRACIONOR
16	\$4,500 - \$4,999		(S)
17	\$5,000 - \$5,499		Contrato Número
18	, ,		Coursio istituesto /
	\$5,500 - \$5,999		
19	\$6,000 - \$6,499		
20	\$6,500 - \$6,999		m. 39
21	\$7,000 - \$7,499	•	OUPOS DE SALS
22	\$7,500 - \$7,999		OSDE
23	\$8,000 - \$8,499		
24	\$8,500 - \$9,000		
25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente	

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

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

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

L 1.1.1.





				/ACCES!
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
THERA			GORÍA TERAPÉUTICA]	
		apeutic Class [Clase		
		NALGESICS JANAL		
Nonsteroidal Anti-	Inflamma	tory Agents (NSAIDs	s) [Anti-Inflamatorios No E	steroidalesj
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	
meloxicam7.5 mg tab, 15 mg tab	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
Long-Acting	Opioid A	nalgesics (Analgésic	os Opiodes de Larga Dura	ación]
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		Draformed	MODDHINE	

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

6

mg tab er

Preferred

e [Ver página 16 Página 17 de 67 ido] Revisado 5/18/2017

MORPHINE



		SALUD FÍSIC	CA M	
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	g Opioid A	nalgesics [Analgés	icos Opiodes de Corta Dura	ción]
		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	11	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	3	Preferred	DILAUDÌD	

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

tab

7, A.H.A.

DILAUDID

Página 18 de 67 Revisado 5/18/2017

SUNINISTRACION PROPERTY OF THE

Contrato Número





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	
	AN	ESTHETICS (ANE.	STÉSICOSJ	
	Loca	Anesthetics [Anest	ésicos Locales]	
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
ANTIA			S PARA LA ANSIEDADJ	
	Bei	nzodiazepines [Benz	odiazepinas]	
clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	
diazepam 1 mg/ml soln, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml oral conc	1	Preferred	VALIUM	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
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 [Aminoglucosidos]				
to be a considered and a section of the section of	AIII	moglycosaes (Amili	ogiucosidos)	
tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln	18	Non-Preferred	ТОВІ	PA

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

Página 19 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.A.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
First Genera	ition Cepr	ialosporins (Celalos	porinas de Primera Genera	Cioni
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 [Maci	rólidos]	
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		
Misce	llaneous	Antibacterials [Antib	acterianos 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]

Página 20 de 67 Revisado 5/18/2017

1.11.11.





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		Non-Preferred		
сар	9		VANCOCIN	
vancomycin hcl 250 mg		Non-Preferred		
cap	10		VANCOCIN	
		Penincillinis [Pen	[cllinas]	
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	4	Preferred	AUGMENTIN	
tab	1	Fleieneu	AUGIVIENTIN	
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	<u> </u>

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

Página **21** de **67** Revisado 5/18/2017

A.H. A.M.





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		
	1	Quinolones [Quin	iolonasj	
ciprofloxacin hcl 250 mg			·	
tab, 500 mg tab, 750 mg		D. Comed	CIDDO	
tab	11	Preferred	CIPRO	www
levofloxacin 250 mg tab,		Duafarnad	LEVACIUM	
500 mg tab, 750 mg tab	1	Preferred	LEVAQUIN	
ciprofloxacin 500 mg/5ml	2	Preferred	CIPRO	
(10%) susp	3	Preleneu	GIFICO	
ciprofloxacin 250 mg/5ml	4	Preferred	CIPRO	
(5%) susp			sporinas de Segunda Gener	ración1
Age of the Control of the Contr	anon cer	maiospomis (ceraio	Sporting an anglinear and	
cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap	2	Preferred	CECLOR	
cefprozil 125 mg/5ml susp,	<u> </u>	Ticiciica	OLOLOIT	
250 mg tab, 250 mg/5ml				
susp, 500 mg tab	2	Preferred	CEFZIL	
Stellers 1		Sulfonamides (Sulfo		
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 [Tetra	iciclinas]	
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 Genera	tion Ceph	nalosporins [Cefalos	porinas de Tercera Genera	ion]
cefdinir 125 mg/5ml susp,				
300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	
cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	

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

Página 22 de 67 Revisado 5/18/2017

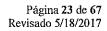
Op 1.11.14.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
	Vagin	al Antibiotics (Antibio	oticos Vaginales]	
metronidazole 0.75 % vag				
gel	2	Preferred	VANDAZOLE	
clindamycin phosphate 2				
% vag crm	3	Non-Preferred	CLEOCIN	
k i k	anti-Conference, chemical Conference or sont		ONVULSIVANTĖS _I	
Harrist State of the Control of the	Ant	iconvulsants [Antico	nvulsivantes]	
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,			LANGTAL	
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		Drofound		
mg tab	1	Preferred	PHENOBARBITAL	
primidone 250 mg tab, 50		Drofound	MYSOLINE	
mg tab	1	Preferred	WITSOLINE	
topiramate 100 mg tab,				
200 mg tab, 25 mg tab, 50		Preferred	TOPAMAX	
mg tab	1	rielelleu	TOFAMAX	<u></u>

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



A.H.A.





	1145-121-121-121-121-121		1 11	Requirements/
Drug Name [Nombre del	Net Cost		Reference Name	Limits
Medicamento]	Cost [Costo	Tier [Tier]	[Nombre de	[Requerimientos
[Medicarrierito]	Neto]		Referencia]	/Límites]
valproic acid 250 mg cap,				/Entition
250 mg/5ml syr	1	Preferred	DEPAKENE	
zonisamide 50 mg cap	1	Preferred	ZONEGRAN	
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred	2011201011	
		Heleffed		
gabapentin 250 mg/5ml soln	2	Preferred	NEURONTIN	
		rielelieu	NEORONIII	
levetiracetam 100 mg/ml				
soln, 1000 mg tab, 750 mg		Preferred	KEPPRA	
tab	2	rieleneu	NELLINA	
oxcarbazepine 300 mg tab,		Preferred	TRILEPTAL	
600 mg tab	2	rielelled	INILLITAL	
phenytoin 125 mg/5ml		Preferred	DILANTIN	
susp, 50 mg tab chew	2	Freierreu	DILANTIN	
phenytoin sodium				
extended 100 mg cap, 200	ا ۾ ا	Preferred	DILANTIN	
mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	
zonisamide 100 mg cap,		Dueformed	ZONEGRAN	
25 mg cap	2	Preferred	ZONEGRAN	
carbamazepine er 200 mg		Dunfannad	TEGRETOL	
tab er 12 hr	3	Preferred	TEGRETOL	
ethosuximide 250 mg cap,		D	ZADONITINI	
250 mg/5ml soln	3	Preferred	ZARONTIN	
phenobarbital 20 mg/5ml	_		DUENODADDITAL	
oral elix, 20 mg/5ml soln	3	Preferred	PHENOBARBITAL	
carbamazepine 100		Durks	TEODETO	
mg/5ml susp	4	Preferred	TEGRETOL	
carbamazepine er 400 mg	_		TEADETAL	
tab er 12 hr	4	Preferred	TEGRETOL	
oxcarbazepine 300 mg/5ml		_ [TOU COTAL	
susp	4	Preferred	TRILEPTAL	
VIMPAT 10 mg/ml soln,				
100 mg tab, 150 mg tab,	_]			B^ C
50 mg tab	5	Preferred		PA, C
VIMPAT 200 mg tab, 200				DA O
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]

Página 24 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.Al.





,夏暮文 [3] [4] 在 [2] 是《大学》中的大学的《大学的大学的大学》中的大学(1)。				Paguiromenta/
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTID	BMENE	IA AGENTS JACIEN	TORS ANTEIDEVERNCIAL	
	Antiden	nentia Agents (Agen	tes Antidemencia]	
ergoloid mesylates 1 mg	occuration is apply to a recognitive to	Non-Preferred		
tab	6		HYDERGINE	
Chol	inestera	se Inhibitors [Inhibid	lores de Colinesterasa]	Annual Property
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,			EVELON	
6 mg cap	3	Preferred	EXELON	
	eceptor	Antagonists (Antago	onista del Receptor NMDA]	T T T T T T T T T T T T T T T T T T T
memantine10 mg tab, 5			A 2 A B A ETT A 1 TO A	
mg tab	1	Preferred	NAMENDA	
memantine TITRATION		m ()	ALARAMATINA	
PAK 5 (28)-10 (21) mg tab	1	Preferred	NAMENDA	
	The second second second	PRESSANTS JANT		
Fig. 19 Sept	А	ntidepressants [Anti	depresivos	
amitriptyline hcl 10 mg tab,				NACNITAI
100 mg tab, 150 mg tab,				MENTAL, SUB MENTAL
25 mg tab, 50 mg tab, 75		Drafarrad	ELAVIL	SUBIVIENTAL
mg tab	11	Preferred	CLAVIL	
doxepin hcl 10 mg cap, 10				MENTAL,
mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAN	SUB MENTAL
imipramine hcl 10 mg tab,		1 TOTOTICA	ONTEGONIT	MENTAL,
25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	TOFRANIL	SUB MENTAL
nortriptyline hcl 10 mg cap,	'	. 10101104		
10 mg/5ml soln, 25 mg				MENTAL,
cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	PAMELOR	SUB MENTAL
doxepin hcl 100 mg cap,				MENTAL,
150 mg cap	2	Preferred	SINEQUAN	SUB MENTAL
duloxetine 20 mg cap, 30				
mg cap, 60 mg cap	2	Non-Preferred	CYMBALTA	

OS S.11. H.1.

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





Hard toward and the State of th	Rei 1155 Christian — C. A. A. A.			/Q /
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
ANTI	DIABETIC	C AGENTS JAGENT	'ES ANTIDIABÉTICOS	
Alpha	Glucosida	ise Inhibitors (Inhibid	dores de Alfa Glucosidasa]	
acarbose 100 mg tab, 25	The state of the s	at the second of the second by the second second second second second second second second second second second		
mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	
		Biguanides [Bigu	anidas]	500
metformin hcl 1000 mg tab,				
500 mg tab, 850 mg tab	1 1	Preferred	GLUCOPHAGE	
metformin hcl er 500 mg	<u> </u>			
tab er 24 hr, 750 mg tab er				
24 hr	1 1	Preferred	GLUCOPHAGE XR	
	yl Peptida		tors [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
	Glyc	emic Agents (Agente	es Glicémicos]	
GLUCAGON				
EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		
		in Mixtures (Mezclas	s de Insulinasi	
HUMULIN 70/30 (70-30)				
100 unit/ml sc susp	3	Preferred		С
HUMALOG MIX 75/25 (75-	Ŭ			
25) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		С
HUMALOG MIX 50/50 (50-	r	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		С
In a office	•		Sensibilizantes de Insulin]	
pioglitazone hcl 15 mg tab,				
30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	
			s de Duración Intermedia	
HUMULIN N 100 unit/ml sc	1			
l i	2	Preferred		С
susp		g Insulins [Insulinas	de Lama Duración)	
	on Revenue	gsamaəymədinas 	AD LUIGA DATAGONI	
LANTUS SOLOSTAR 100				
unit/ml subcutaneous	2	Preferred		С
solution pen-injector	2	riciciieu		

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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 26 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.M.





Drug Name [Nombre del	Net Cost		Reference Name	Requirements/ Limits
Medicamento]	[Costo Neto]	Tier [Tier]	[Nombre de Referencia]	[Requerimientos /Límites]
LANTUS 100 unit/ml sc				
soln	3	Preferred		С
R	apid-Actir	ng Insulins [Insulinas	de Rápida Duración]	
HUMALOG 100 unit/ml sc				_
soln	3	Preferred		С
	Short-Acti	ng Insulins (Insulina	s de Corta Duración]	
HUMULIN R 100 unit/ml inj				
soln	2	Preferred		C
		Sulfonylureas [Sulf	onilureas]	
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg				
tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
DIAB	ETES SUI	PLIES ISUMINIST	ROS PARA DIABETES]	
	Needl	es & Syringes [Aguja	as y Jeringuillas]	
insulin syringe/needle	1	Preferred		
		DENNETICS JANUA		April 2011
5-Hydroxy	/tryptamin	e 3 (5-HT3) Antagoi	nists (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	
Mis	cellaneou	is Antiemetics [Antie	eméticos Misceláneos]	
metoclopramide hcl 10 mg				
tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg				
tab, 5 mg/5ml soln, 5		D f	REGLAN	
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	
THE MANAGEMENT OF THE PARTY OF THE PARTY.	· · · · · ·	henothiazines [Fen	otiazinas]	
prochlorperazine edisylate	and the Agencian Commission (Agencian School)			
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]

Página 27 de 67 Revisado 5/18/2017

0

1.11.41.



		SALUD FÍSICA	The second secon	100 mage 110
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	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
	ANTIGOI	UT AGENTS [AGEN itigout Agents [Agent	es Antigotal	
	Ar	IIIgour <i>r</i> igenis (rygen I		
allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab	1 3	Preferred Preferred	ZYLOPRIM MITIGARE	PA
colchicine 0.6 mg cap	3	Non-Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
COMMINIONS OF THE CASE		Uricosurics [Urico	súricos]	<u> </u>
probenecid 500 mg tab	1	Preferred	BENEMID	1
and the same of th	NTIHYP	ERTENSIVES ANT	istas Alfa Adrenérgicos]	
	na-Adreni	L etaic vaninere (vani		
clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab	11	Preferred	CATAPRESS	
methyldopa 250 mg tab,	1	Preferred	ALDOMET	così
	renergic	Blocking Agents (Bio	queadores Alfa Adrenérgi	
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg	1	Preferred	HYTRIN	riotonoina III
cap Angiotensin II Re	eceptor B	lockers (ARB) [Antag	onistas Del Receptor Ang	in in in in in in in in in in in in in i
losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	
losartan potassium-hctz	11	Preferred	HYZAAR	rtidora de Angiotensir
mg tab, 50-12.5 mg tab Angiotensin-Converting Er	zyme (Al	CE) Inhibitors (Inhibit		
fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	11_	Preferred	MONOPRIL	
lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab,			7ESTRII	

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

1

Preferred

tab, 20 mg tab, 30 mg tab,

40 mg tab, 5 mg tab

ZESTRIL

NISTRACION OF

Página 28 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 /Limites]
lisinopril-				
hydrochlorothiazide 10-				
12.5 mg tab, 20-12.5 mg				
tab, 20-25 mg tab	1	Preferred	ZESTORETIC	
Calcium Ch	annel Blo	cking Agents [Bloqu	eadores de Canales de Ca	lcio]
amlodipine besylate 10 mg				
tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab	1 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 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 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	
bodds ood mg dap or 2 m				

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

6 L.H. H.

Página 29 de 67 Revisado 5/18/2017



		SALUD FÍSIC	S CA	Contrato Número 6 0 8 6 H CUROS DE SP
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 Anhydras	e Inhibitor	s Diuretics [Diurétic	os Inhibidores de Anhidr <mark>as</mark> a	i Carbónica]
acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab	3	Preferred	DIAMOX	
Cardioselecti	ve Beta B	locking Agents [Bloo	queadores Beta Cardioselec	tivos]
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-Adre	nergic Blo	ocking Agents [Bloqu	ueadores Beta-Adrenérgicos	s Cardioselectivos]
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab	1	Preferred	TENORETIC	
metoprolol- hydrochlorothiazide 50-25	0	Non Professed	LOBBESSOR HCT	

mg tab er 24 hr	2	Non-Preferred	TOPROL XL	
Cardioselective Beta-Adre	nergic Blo	ocking Agents [Bloqu	readores Beta-Adrenérgico:	s Cardioselectivos] -
		(A) (B) (B) (B)		
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	
	:Lo	op Diuretics [Diuréti	cos 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	

10 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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual] • P - Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido]



				72
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
Nonselect	ive Beta E	llocking Agents [Bloc	queadores Beta No-Selectiv	vos]
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln,				
80 mg tab	1 1	Preferred	INDERAL	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Non-Preferred	INDERAL	
Potassiu	m-Sparing	Diuretics [Diurético	s Conservadores de Potasi	oj 🦠 💮
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,	1	Preferred	MAXZIDE	
75-50 mg tab		zide Diuretics (Diuré	THE RESIDENCE OF THE PROPERTY	<u>I</u>
	inia	Tine pinience linne	noo-national	T
chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	DIURIL	
chlorthalidone 25 mg tab,			LIVODOTON	
50 mg tab	1	Non-Preferred	HYGROTON	
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		
hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg	4	Preferred	MICROZIDE	
tab	1	F (CICITEU	WINDINOCHUL	
indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab	11	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	
			ores Beta Vasodilatadores]	
carvedilol 12.5 mg tab, 25			H	
mg tab, 3.125 mg tab, 6.25			İ	
mg tab, 3.725 mg tab, 6.25 mg tab	1	Preferred	COREG	
My tab	<u>'</u>	/asodilators [Vasodi		
hydralazine hcl 10 mg tab,		I		
nyaraiazine nci 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]

0

SUNISTRACION

Cantrato Número

Página 31 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.M.





			(G)	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
			TES ANTHMIGRAÑAJ	
Beta-Adr	energic Bl	ocking Agents [Bloq	ueadores Beta Adrenérgio	os]
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) Rece	otor Agonists [Agonis	stas Del Receptor De Serc	otonina]
sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	IMITREX	QL= 6 tab
ANTIMY	ASTHEN	ic acents (acen	tes antimiasténicos	
	Parasym	pathomimetics [Para	simpatomiméticos]	
pyridostigmine bromide 60 mg tab	2	Preferred	MESTINON	
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		
pyridostigmine bromide	6	Non-Preferred	MESTINON	
180 mg tab er	_		/ITCOBACTERIANOS]	
Will be a substitution of the substitution of	ATTENDED TO SECURE	ntituberculars [Antitu		
inaniazid 100 mg tab. 200	T A	Tura percenana primite	<u> </u>	
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
cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	Health
RIFAMATE 50-300 mg cap				Department
TRECATOR 250 mg tab				Tuberculosis
CAPASTAT 1 gm inj				Control Program
Miscellane	ous Antin	nycobacterials (Antin	ricobacterianos Misceláne	0S]
dapsone 100 mg tab, 25			D 4 D C C 4 L	
mg tab	2	Preferred	DAPSONE	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantídad] • 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 32 de 67 Revisado 5/18/2017

75 AMM.



SHINISTRACION

Contrato Número

			a last	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
	ANTIMY	COTIC AGENTS A		
		Antifungals [Antif	ingales]	E CONTRACTOR OF THE STATE OF TH
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
The state of the s		l Antifungals (Antifur		
terconazole 0.4 % vag crm,			•	
0.8 % vag crm	2	Preferred	TERAZOL	
		Antimalarials [Antin	naláricos]	
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
Antiprotozo			otozoarios No-Antimalarári	
NEBUPENT 300 mg inh				
soln	4	Non-Preferred		PA
	ANTIPA	RASIDICIS (ANTHE	ARASITARIOS]	
		Anthelmintics (Antihe	elminticos)	
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
ANTIP	ARKINSI	DN AGUNTS JAGUN	THES ANTETPARKTINSON	
	Aı	nticholinergics [Antic	olinérgicos]	
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
Antina	rkinson D		minėrgicos 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]

Página 33 de 67 Revisado 5/18/2017

1- A.M.A.



SHINISTRACIONOR	
Contrato Número	
Requireme	

	7 m 5550 6560 6650 6550 655	y siyyaya ke da ilga ilga ilga ka yara ke gara da ke da ka yara ka ka		
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-		1101011011		
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	
200 200 mg tab			sores de Dopamina]	
carbidopa-levodopa 10-		, s		
100 mg tab, 25-100 mg tab	1	Preferred	SINEMET	
	<u> </u>	TTOICTICA	OTTLE S	
carbidopa-levodopa 25- 250 mg tab	2	Preferred	SINEMET	
		i lolollou	ONCLUE	
carbidopa-levodopa er 25-				
100 mg tab er, 50-200 mg	,	Preferred	SINEMET CR	
tab er	[2 ina Ovida		tors [inhibidores de MAO-B	
		and the second s		
selegiline hcl 5 mg tab	3	Non-Preferred	CARBEX	
HIGH THE STATE OF		NTIVIRALS (ANTIVI		
	Anti-Infl	uenza Agents (Agen	es Anu-iniuenza	
oseltamivir phosphate 30 mg				
cap, 45 mg cap, 75 mg cap	4	Preferred	TAMIFLU	
TAMIFLU 6 mg/ ml susp	13	Non-Preferred		
17 Will EO O Mg/ Mil Odop				

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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 34 de 67 Revisado 5/18/2017



A.H.A.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]		
	megalovi	rus (CMV) Agents (A	gentes Anti-Citomegalovir	usj		
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			
Antire	etroviral C	ombinations [Combi	naciones Antiretrovirales]			
				CENTROS DE		
EPZICOM 600-300 mg tab				PREVENCIÓN Y		
	<u> </u>			TRATAMIENTO		
ATRIPLA 600-200-300 mg				- CLÍNICAS DE		
tab				IMMUNOLOGÍA		
	Integrase	e Inhibitors (Inhibido)	res de la integrasa	CENTROS DE		
				PREVENCIÓN Y		
				TRATAMIENTO		
LOENTEDEOOt				- CLÍNICAS DE		
ISENTRESS potassium				IMMUNOLOGÍA		
400 mg tab			ites Anti-VIH Misceláneos	ALL A C. MARIE MARIE STR. THE PROPERTY AND A STREET AND A STREET AND A STREET AND ASSESSMENT OF THE PARTY AND ASSESSMENT OF THE PARTY AND ASSESSMENT OF THE PARTY AND ASSESSMENT OF THE PARTY.		
WISCEIL	aneous Ai	ngalversere	HOCKWANTERSINERINDRAINERSE.	CENTROS DE		
				PREVENCIÓN Y		
SELZENTRY 300 mg tab				TRATAMIENTO		
FUZEON subcutaneous kit				- CLÍNICAS DE		
90 mg				IMMUNOLOGÍA		
Non-Nucleoside Revers	e Transer	ntase Inhibitors (Inh	ibidores No Nucleósidos d	e la Transciptasa		
		Reversa]				
nevirapine 200 mg tab	1	Preferred	VIRAMUNE			
	5	Non-Preferred	VIRAMUNE			
nevirapine 50 mg/5ml susp	6	Non-Preferred	AIIAMAIAIAM			
RESCRIPTOR 200 mg tab	U	MOII-LIGICITEU				
SUSTIVA 50 mg cap, 200	6	Preferred	•	С		
mg cap	U	Heleffed				
nevirapine er, 100 mg tab						
er 24 hr, 400 mg tab er 24	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR			
hr	7	Preferred	AIIAAAAAA	С		
SUSTIVA 600 mg tab	1	Helelien				

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

Página 35 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] CENTROS DE
INTELENCE 200 mg tab				PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
Nucleoside/Nucleotide R	everse Tr	anscriptase Inhibitor Transcriptasa Re	s [Inhibidores Nucleósidos eversa]	/Nucleótidos de la
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	
stavudine 1 mg/ml soln, 15		110111101101		
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			DETECVID	
mg/5ml syr	4	Non-Preferred	RETROVIR	
abacavir sulfate 300 mg	_	Durfamad	714.CEN	
tab	5	Preferred	ZIAGEN ZIAGEN	
didanosine 400 mg cap dr	5	Non-Preferred	EPIVIR	
lamivudine 300 mg tab	5	Preferred	EPIVIK	
VIDEX 2 gm soln	5	Non-Preferred	EPIVIR	PA
lamivudine 100 mg tab	6	Preferred	EPIVIK	FA
lamivudine-zidovudine	0	Droforrad	COMBIVIR	
150-300 mg tab	6	Preferred	COMPLAIL	
abacavir-lamivudine- zidovudine 300-150-300				
mg tab	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
my tab	10	14011 1 10101100	A E XIIIma I F III X	CENTROS DE
EMTRIVA 200 mg cap				PREVENCIÓN Y
VIREAD 300 mg tab				TRATAMIENTO
VIINEAD 300 Hig tab				- CLÍNICAS DE
TRUVADA 200-300 mg tab			TRUVADA	IMMUNOLOGÍA
BENIGN PROSTATIC HYP	PERTROF	PHY AGENTS JAGE BENIGNAJ	NTES PARA HIPERTROF	IA PROSTATICA
5-Alpha	Reducta	se Inhibitors (Inhibiti	ores 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]

Página 36 de 67 Revisado 5/18/2017

13

A.H. A.M.





				Positivaciana
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
Alpha-Ad	renergic E	llocking Agents [Blo	queadores Alfa Adrenérgio	os]
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	
BLOO	D MODIE	TERS MODIFICAT	IORES DE LA SANGREJ	
Control of the Contro	A	nticoagulants [Antic	oagulantes]	
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 [Coba	laminas]	
cyanocobalamin 1000				
mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
C	olony Stin	iulating Factors [Est	imulantes Mieloides]	
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300				
mcg/ml inj soln, 480	40	Preferred		PA, C
mcg/1.6ml inj soln	10	riciciieu		1 / , 0
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc	15	Preferred		PA, C
SOIN	10	i iciciicu		17,0
NEULASTA DELIVERY				
KIT 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C
NEUPOGEN 480	13	i iciciled		171,0
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]

Página 37 de 67 Revisado 5/18/2017

A. J. J. A. A. A. A. A.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Erythropoles	sis-Stimula	ating Agents (Agente	es Estimulantes de Eritropoi	esis]
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 100 mcg/0.5ml inj				
soln	1	Preferred		PA, C
PROCRIT 2000 unit/ml inj				
soln, 3000 unit/ml inj soln,				
4000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 25 mcg/0.42ml inj				,
soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
PROCRIT 10000 unit/ml inj				
soln	7	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 40 mcg/0.4ml inj				
soln	7	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 40 mcg/ml inj soln,			·	
60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 150 mcg/0.3ml inj				
soln, 150 mcg/0.75ml inj				
soln, 200 mcg/0.4ml inj				
soln, 200 mcg/ml inj soln,				
300 mcg/0.6ml inj soln,				
300 mcg/ml inj soln, 500				
mcg/ml inj soln, 60				
mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, C
PROCRIT 20000 unit/ml inj				m
soln	9	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN		_		D . 0
FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, C
PROCRIT 40000 unit/ml inj				
soln	10	Preferred		PA, C
	Factor Xa	a Inhibitors [Inhibido	es Del Factor Xa]	
ELIQUIS 2.5 mg tab	4	Preferred		PA, C
ELIQUIS 5 mg tab	4	Preferred		PA, C

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

J.H.M.

Página 38 de 67 Revisado 5/18/2017



[S]	INIST	RA	CIC	W.S.	1.
	Contrat	o Nú	ime	/ on	1
THE THE THE THE THE THE THE THE THE THE	(-	A.	8		
1 000			are stranger		
	يدا أثنان	٦,	orio Nati		non

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
		Folates [Fola	tos]	
folic acid 1 mg tab, 400				
mcg tab, 800 mcg tab	11	Preferred	FOLIC ACID	OTC
		Iron [Hierro		
ferrous sulfate 325 (65 fe)				
mg tab	1	Preferred	IRON	OTC
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
Low Mole	cular Wei	ght Heparins [Hepar	inas de Bajo Peso Molecula	ar]
enoxaparin sodium 30				
mg/0.3ml sc soln, 40				
mg/0.4ml sc soln	5	Non-Preferred	LOVENOX	PA
enoxaparín sodium 300				
mg/3ml inj soln, 60				
mg/0.6ml sc soln, 80			, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	.
mg/0.8ml sc soln	7	Non-Preferred	LOVENOX	PA
enoxaparin sodium 100			LOVENOV	D.4
mg/ml sc soln	9	Non-Preferred	LOVENOX	PA .
enoxaparin sodium 120			LOVENOV	
mg/0.8ml sc soln	10	Non-Preferred	LOVENOX	PA
enoxaparin sodium 150			LOVENOV	D.4
mg/ml sc soln	14	Non-Preferred	LOVENOX	PA
The state of the s	telet Modi	tying Agents (Moditi	cadores de Plaquetas]	
aspirin 325 mg tab, 325 mg	. 1			OTO
tab dr, 81 mg tab dr	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
aspirin low dose 81 mg	_	D	A ODJIDINI	OTO
tab, 81 mg tab dr	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
cilostazol 100 mg tab, 50	_	Duo fo!	DIETAI	
mg tab	11	Preferred	PLETAL	
clopidogrel bisulfate 75 mg		Dunfarrad	PLAVIX	
tab	1	Preferred		
HONE DENSI			DORES DE DENSIDAD ÓS)IV/AY
	В	isphosphonates [Bif	ostonatos]	
alendronate sodium 10 mg				
tab, 35 mg tab, 5 mg tab,			50011111	
70 mg tab	1	Preferred	FOSAMAX	

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

Página 39 de 67 Revisado 5/18/2017

J.H. H.





		*\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	G V
Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ASCULA	RAGENTSTAGEN	a e partio (de partio) (de partio) de partio	
			A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O
1 1	Preferred	INDERAL	
<u> </u>			
1 1	Preferred	BETAPACE	
2	Preferred	INDERAL	
Antiarrhyt	hmics Type I-A [Ar	ntiarritmicos Tipo I-A]	
			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
1 1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
2	Preferred	QUINAGLUTE	
2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
Antiarrhytl	nmics Type I-B [Ar	tiarrítmicos Tipo I-B]	
2	Preferred	MEXITIL	
3	Preferred	MEXITIL	
Antiarrhytl	nmics Type I-C [Ar	itiarritmicos Tipo I-C]	
	And the second s		
1 1	Preferred	TAMBOCOR	
1	Preferred	RYTHMOL	
2	Preferred	TAMBOCOR	
3	Preferred	1	
Antiamhy	thmics Type III [An	tiarritmicos Tipo III]	
1	Preferred	CORDARONE	
audication	Agents (Agentes I	Para La Claudicación Intermi	tente]
The second secon			
1	Preferred	TRENTAL	
Cardiovasi	cular Agents [Ager	ites Cardiovasculares Miscel	áneos] "
		i .	
	Cost [Costo Neto] ASCULAT Antiarrhy 1 2 Antiarrhyt 2 3 Antiarrhyt 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 1 2 3 Antiarrhyt 1 3 Antiarrhyt 1 Antiarrhyt 1	Cost [Costo Neto] ASCITAR AGENTS JAGEN Antiarrhythmics Class II [Ar 1 Preferred 2 Preferred Antiarrhythmics Type I-A [Ar 1 Preferred 2 Preferred 2 Preferred 3 Preferred 3 Preferred 4 Preferred 4 Preferred 5 Preferred 6 Preferred 7 Preferred 7 Preferred 8 Preferred 9 Preferred 9 Preferred 9 Preferred 9 Preferred 9 Preferred 9 Preferred 9 Preferred 1 Preferred 1 Preferred 9 Preferred 1 Preferred 9 Preferred	Net Cost [Costo Neto] Tier [Tier] Reference Name [Nombre de Referencia] ASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARE: Antiarrhythmics Class II [Antiarritmicos Clase II] 1

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

AHAI.

t range [Ver página 16 Página 40 de 67 Preferido] Página 40 de 67 Revisado 5/18/2017





	Net		Reference Name	Requirements/
Drug Name [Nombre del	Cost	Tier [Tier]	[Nombre de	Limits
Medicamento]	[Costo Neto]		Referencia]	[Requerimientos /Límites]
digoxin 0.05 mg/ml soln,	NG CO.			
125 mcg tab, 250 mcg tab	2	Preferred	LANOXIN	
Pulmonary			es Para Hipertensión Pulmoi	nar]
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 [Vasod	ilatadores]	
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		5 ()	MITDODUD	
patch 24hr	1	Preferred	NITRODUR	
NITROSTAT 0.3 mg tab				
subl, 0.4 mg tab subl, 0.6		Preferred		
mg tab subl	1	Preferred		
nitroglycerin 0.1 mg/hr td				
patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td				
patch 24hr	2	Non-Preferred	NITRODUR	
CENTRAL NERVOI	1 – 1		TES SISTEMA NERVIOSO.	CENTRAL
	THE STREET SHOWS THE PROPERTY OF THE PARTY O		para Esclerosis Múltiple]	ns 65 Ch
AMPYRA 10 tab er 12hr	9	Preferred	4 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	PA, C
COPAXONE 20 mg/ml sc		1 10.01100		
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	0.00	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]

Página 41 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.A.





			A St. June	Doguiromonto/
	Net		Reference Name	Requirements/
Drug Name [Nombre del	Cost	Tier [Tier]	[Nombre de	Limits
Medicamento]	[Costo Neto]		Referencia]	[Requerimientos /Límites]
	INGIO1			/LITIIIGS]
TYSABRI intravenous	,_	Du - £		DA C
concentrate 300 mg/15ml	15	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120 mg cap		Dueferund		PA, C
dr	14	Preferred		FA, O
TECFIDERA 240 mg cap	,,	Droforrad		PA, C
dr	14	Preferred		17,0
TECFIDERA 120-240 MG		Drafarrad		PA, C
misc	14	Preferred Preferred		PA, C
BETASERON 0.3 mg sc kit	13		MATERIA DE LA PRESENTA DEL PRESENTA DE LA PRESENTA DEL PRESENTA DE LA PRESENTA DE	1 A, O
	Control of the way of the property of the pa	THERAPIES QUI	C. L. C. C. C. C. C. C. C. C. C. C. C. C. C.	
A STATE OF S	lef Let patron in a City will like this billion of the city and a	ating Agents [Agent	y	I I
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		
Iomustine 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
An	giogenes	is Inhibitors [Inhibido	ores de Angiogénesis]	
STIVARGA 40 mg tab	15	Preferred		PA, C
	A	ntiandrogens (Antia	ndrógenos]	
bicalutamide 50 mg tab	2	Preferred	CASODEX	
flutamide 125 mg cap	4	Non-Preferred	EULEXIN	
Tatamas 120 mg sap		Antiestrogens (Antie	strógenos]	
tamoxifen citrate 10 mg				A bendin work was written and dependent and an annual contention of the property of the contention of the property of the prop
tab, 20 mg tab	1	Preferred	NOLVADEX	
subjection in the subjection i	•	al Estrogens [Estró		
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		
VACII LIVI TO TROY VAY LAD		ntimetabolites [Antin	netabolitosi	
hudroviuro ECO ma con	2.500	Preferred	HYDREA	
hydroxyurea 500 mg cap	2	Preferred	PURINETHOL	
mercaptopurine 50 mg tab	2		METHOTREXATE	
methotrexate 2.5 mg tab	2	Preferred	METHOTREAATE	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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 42 de 67 Revisado 5/18/2017

1

A.H. All.





	Net		Reference Name	Requirements/
Drug Name [Nombre del	Cost	Tier [Tier]	Nombre de	Limits
Medicamento]	[Costo Neto]		Referencia]	[Requerimientos /Límites]
capecitabine 150 mg tab	7	Non-Preferred	XELODA	PA
capecitabine 500 mg tab	11	Non-Preferred	XELODA	PA
Antineoplast	ic Enzyme	Inhibitors [Antineor	olásicos Inhibidores de Enzi	mas]
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 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
	Apetite	Stimulants (Estimul	antes 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	
1	Aromatase		es de la Aromatasa]	
anastrozole 1 mg tab	1	Preferred	ARIMIDEX	
	Antagonis	ts Rescue Agents [/	Antagonistas de Ácido Fólic	O]
leucovorin calcium 5 mg		I	LEUCOVORIN	
tab	3	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 10 mg		D	LELICOVORIN	
tab, 15 mg tab	4	Preferred	LEUCOVORIN	
leucovorin calcium 25 mg		Preferred	LEUCOVORIN	
tab	9		Analogs [Análogos De LHR	HI
	Homone	-neleasing (Emna) T	Milaloga (Alialogoa De Linia	
LUPRON DEPOT 45 mg		Preferred		PA, C
im kit	2	Fielelieu		17,0
LUPRON DEPOT 11.25		Preferred		PA, C
mg im kit, 3.75 mg im kit	6	rielelled		17,0

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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 43 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.All.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]		
LUPRON DEPOT-PED	INGIO			/Lillincə]		
11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	8	Preferred		PA, C		
LUPRON DEPOT 22.5 mg		TTEICTICG				
im kit, 30 mg im kit	9	Preferred		PA, C		
LUPRON DEPOT-PED	9	riejeried				
11.25 mg (ped) im kit	9	Preferred		PA, C		
LUPRON DEPOT-PED 30	3	Ticicited				
mg (ped) im kit	10	Preferred		PA, C		
leuprolide acetate 1 mg/	10	1 10101104		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
0.2 ml inj kit	7	Non-preferred		PA		
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8		Tron protentia				
mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA		
Misce			neoplásicos Misceláneos]			
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA		
ACTIMMUNE 2000000	10	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				
unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA		
INTRON A 6000000						
unit/ml, 10000000 unit,						
18000000 unit, 50000000						
unit		Non-Preferred		PA		
	Mitot	ic Inhibitors [Inhibid	ores Mitóticos]			
etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID			
DENTAL A	ND ORA	LAGENIIS JAGENI	TES DENTALES Y ORALES			
		Antifungals [Antifu	ingales]			
clotrimazole 10 mg		The second secon				
mouth/throat lozenge, 10						
mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX			
nystatin 100000 unit/ml						
mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN			
	Ora	Antiseptics [Antisé]	oticos Orales]	100		
chlorhexidine gluconate						
0.12 % mouth/throat soln	1	Preferred	PERIDEX			
Xerostomia [Xerostomia]						
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]

Página 44 de 67 Revisado 5/18/2017

A.M.M.





			A Services	CO CONTROL DE CONTROL
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
DERMAT	OLOGIC	AL AGENTS JAGEN	MIES DERMATOLÓGICOS	
	CALL AND DESCRIPTION OF THE PARTY OF THE PAR	Antibiotics [Antibiót		
sulfacetamide sodium-				
sulfur 10-5 % external				
emulsion	1	Preferred	SULFACET R	
clindamycin phosphate 1				
% soln	2	Preferred	CLEOCIN T	
erythromycin 2 % gel, 2 %	<u> </u>			
soln	2	Preferred	ERYGEL	
		Products [Producto	ș 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	
mg cap, oo mg cap		ntihistamines [Antihi		and the second s
hydrovyzine hel 10 mg tah				
hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml				
syr, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	ATARAX	
syr, 25 mg tab, 50 mg tab	Ā	ntipsoriatics (Antip		PE DIA
methoxsalen 10 m cap		Preferred	Oxsoralen	
REPRESENTATION CONTROL	L Antisebor	rheic Products [Prod		
A Selective to the selection of the sele	1	Preferred	SELSUN	
selenium sulfide 2.5 % lot		Fleiched	OLLOGIA	
nystatin 100000 unit/gm	4	Preferred	MYCOSTATIN	
oint, crm	l l Nobis Os		tológicos para Cáncer de la	- Piell
	al Okili Ce	incer Agento (Denni	itologicos para Galicer de li	
fluorouracil 2 % soln, 5 %		Duefeured	EFUDEX	
soln	3	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	4	Non-Preferred		Ata Datanaja!
Very High Potency To	pical Glu	cocomicolas Glucoc	orticoides Tópicos de Muy .	Alta Potericiaj
betamethasone				
dipropionate aug 0.05 %				
crm	3	Non-Preferred	DIPROLENE	
betamethasone				
dipropionate aug 0.05 %				
oint	4	Non-Preferred	DIPROLENE	
	pical Gluc	ocorticoids [Glucoc	orticoldes Tópicos de Alta F	otencia
mometasone furoate 0.1 %			, m, a, c, a, i	
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

A.A.A.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Medium Potency To	pical Gluc	cocorticoids [Glucoc	orticoides Tópicos de Media	ana Potenciaj
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 %	1	Preferred	DIPROLENE	
oint Low Potency To	minal Clin	I	orticoides Tópicos de Baja	 Potencial
	picai Giut	roconnecias (endesco T	Titlodides Topicos de Daja:	i otolioj
hydrocortisone 2.5 % crm, 2.5 % lot, 2.5 % oint	1	Preferred	HYDROCORTISONE	
	CONTRACTOR STORY	THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE OWNER.	liculicidas y Escabicidas]	T 01 00
permethrin 5 % crm	3	Preferred	ELIMITE	QL= 60 gm.
lindane 1 % lot	4	Non-Preferred	LINDANE	QL = 60 cc, 30días, ST
		Antibiotics [Antibiótic	cos 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	
	Topica	al Antifungals [Antifu	ingales Tópicos]	
clotrimazole 1 % crm	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
nystatin 100000 unit/gm oint, crm	1	Preferred	MYCOSTATIN	
	Topical	Antipsoriatics [Antip:	soriáticos Tópicos]	
calcipotriene 0.005 % crm	6	Non-Preferred	DOVONEX	
acitretin 10 mg cap, 17.5				
mg cap, 25 mg cap	7	Non-Preferred	SORIATANE	
	A STATE OF THE STA	TRIDEMICS (DISE		
Bile A	∖cid Segu	estrants [Secuestra	dores de Acidos Billares]	
cholestyramine 4 gm pckt,		_		
4 gm/dose oral pwdr	3	Preferred	QUESTRAN	
	ibric Acid	,,,,,	dos de Ácido Fíbrico]	
gemfibrozil 600 mg tab	1	Preferred	LOPID	
100 Period and Control of the Contro	ductase l	nnibitors (inhibidores	s de la Reductasa De HMG	-COAJ
atorvastatin calcium 10 mg				
tab, 20 mg tab, 40 mg tab,	,	Droformad	LIPITOR	
80 mg tab	1	Preferred	LIFITOR	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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 46 de 67 Revisado 5/18/2017

J 1.1.1.

SONINISTRACION



		SALUD FÍSIC		(8 6 H)	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]	
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		
GASTROIN			ESGASTROINTESTINAI	JES]	
	An	tispasmodics [Anties	pasmódicos]		
dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab	1	Preferred	BENTYL		
dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln	2	Preferred	BENTYL		
THE STATE OF THE S	Anti-l	Jicer Agents [Agente	s 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			
	Diges	tive Enzymes [Enzin	nas Digestivas]		
CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt	3	Preferred		С	
CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt,					
3000-9500 unit cap dr prt	5	Preferred		C	
	(H2) Rece	ptor Antagonists [An	tagonistas del Receptor d	8 MZ]	
famotidine 20 mg tab, 40			DEDOID		
mg tab	1	Preferred	PEPCID		
ranitidine hcl 15 mg/ml syr,					
150 mg/10ml syr, 300 mg	1	Preferred	ZANTAC		
tab, 75 mg/5ml syr	Sastrointe		es Gastrointestinales Misc	eláneosi	

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

4

6

Preferred

Non-Preferred

ursodiol 300 mg cap

mg/5ml oral conc

cromolyn sodium 100

Página 47 de 67 Revisado 5/18/2017

PA

PA

A.H.A.M.

ACTIGALL

GASTROCROM





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
Proton	ı Pump İnl	nibitors [Inhibidores	de la Bomba de Protones]	
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr,40 mg cap dr	1	Preferred	PRILOSEC Inflamatorios Rectales]	QL=180 caps/ 365 días
A Contract of the Contract of	Stal Alleri		amanatorio assaratoj	
hydrocortisone ace- pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
CENITO	URINAR	y agents [agent	es genitourinarios	
	s Genitou	rinary Agents [Agen	tes Genitourinarios Miscelá	meosj
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
F	hosphate?		azadores de Fosfato]	T
RENVELA 0.8 gm pckt	8	Preferred		PA, C
RENVELA 2.4 gm pckt,				DA C
800 mg tab	8	Preferred		PA, C
calcium acetate 667 mg	3	Non-Preferred	PHOSLO	
cap.		ry Antibiotics [Antibio		
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 fab	1	Preferred	URIN D/S	
Ür	inary Anti		pasmodicos Urinarios]	
oxybutynin chloride 5 mg				
tab. 5 mg/5ml svr	1	Preferred	DITROPAN	
HEMAT			TESTEMATOLÓGICOSI	
Aı	ntihemoph	ilic Products [Produ	etos Antithemofilicos]	
ADVATE 250 unit iv soln,				
500 unit iv soln, 1000 unit		- Address		
iv soln, 1500 unit iv soln,				
2000 unit iv soln, 3000 unit	25	Preferred		PA, C
iv soln, 4000 unit iv soln	25	rielelleu		177,0

0

Página 48 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.M.

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



	Con				
\ v	/	()	Å	H	
	9/	D,) //	

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	25	Preferred		PA, C
intravenous kit KOGENATE FS BIO-SET	25	Tielcirca		
1000 unit intravenous kit,				
2000 unit intravenous kit,				
250 unit intravenous kit,				
3000 unit intravenous kit,				DA C
500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
BENEFIX 250 unit				
intravenous kit, 500 unit				
intravenous kit, 1000 unit				
intravenous kit, 2000 unit				
intravenous kit, 3000 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
ANTIINHIBITOR				
COAGULANT COMPLEX				
for inj	25	Non-Preferred		PA
ANTIHEMOPHILIC				D 4
FACTOR VIII for inj.	25	Non-Preferred		PA
		Hemostatics [Hemo)staticos	
tranexamic acid 650 mg		, , , ,	IVOTEDA	PA
tab, 1000 mg/ ml IV soln	4	Non-Preferred	LYSTEDA	
AMICAR 500 mg tab, 0.25	-	l N. D. Carl		PA
gm/mi oral soln	5	Non-Preferred		17
AMICAR 0.25 gm/ml oral				PA
soln	8	Non-Preferred		17
tranexamic acid 100		, ,		PA
mg/ml IV soln		Non-Preferred	CYKLOKAPRON	

[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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 49 de 67 Revisado 5/18/2017

AHH.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
HC	RMONA	AGENTS AGENT	fus hormonales]	
1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1		Androgens [Andr		
testosterone cypionate 100			2.000	
mg/ml im soln, 200 mg/ml			DEPO-	
im soln	2	Preferred	TESTOSTERONE	
	Antit	nyroid Agents [Ager	ntes Antitiroide)	Expenses and a second
methimazole 10 mg tab, 5	Profit of well to Summer American Assessment and			
mg tab	1 1	Preferred	TAPAZOLE	
propylthiouracil 50 mg tab	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
Subject to the subjec	- (Calcimimetics [Calc	miméticos]	
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, C
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, C
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA, C
	Dopami	ne Agonists [Agonis	stas de Dopamina]	T T
bromocriptine mesylate 2.5				
mg tab	3	Preferred	PARLODEL	
cabergoline 0.5 mg tab	3	Preferred	DOSTINEX	
A Marine Commence Dy	/smenorrh	ea Agents (Agentes	para la Dismenorea]	<u> </u>
medroxyprogesterone				
acetate 10 mg tab, 2.5 mg			DDOVED A	
tab, 5 mg tab	1	Preferred	PROVERA	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg		5 ()	ADANELLE	PA
tab	2	Preferred	ARANELLE	17
CRYSELLE-28 0.3-30 mg-		Dueformed		PA
mcg tab	2	Preferred		17
LOW-OGESTREL 0.3-30		Preferred		PA
mg-mcg tab	2	Freieneu		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
medroxyprogesterone	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
acetate 150mg/ml susp		Estrogens (Estro		3 7 9 9
Taring to the transfer of the		Foundament-aug		N N
estradiol 0.5 mg tab, 1 mg	1	Preferred	ESTRACE	
tab, 2 mg tab	1	110101104		
estropipate 0.75 mg tab,	1	Preferred	ESTROPIPATE	
1.5 mg tab estropipate 3 mg tab	2	Preferred	ESTROPIPATE	
estropipate 3 mg tab		110.01100		

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

Página 50 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 /Limites]
E	strogens a	nd Progestins [Estro	igenos y Progestinas]	1
estradiol-norethindrone				
acet 1-0.5 mg tab	4	Non-Preferred	ACTIVELLA	
Growth F	lormones	Analogs [Análogos	de Hormona de Crecimien	[0]
NORDITROPIN FLEXPRO				DA O
5 mg/1.5ml sc soln	5	Preferred		PA, C
NORDITROPIN FLEXPRO				DA 0
30 mg/3ml sc soln	8	Preferred		PA, C
NORDITROPIN				
NORDIFLEX		_		DA C
30 mg/3ml sc soln	9	Preferred		PA, C
NORDITROPIN FLEXPRO				
10 mg/1.5ml sc soln, 15				PA, C
mg/1.5ml sc soln	8	Preferred		[FA, U
	Mine	ralocorticoids [Miner	raiocomicoides	
fludrocortisone acetate 0.1			FLODINEE	
mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
	P	rostaglandins [Prost	agiandinas)	
misoprostol 100 mcg tab,			OVECTED	
200 mcg tab	1 1	Preferred	CYTOTEC	
	Somatost	atic Analogs (Analog	jos de Somastatina]	
octreotide acetate 50			CANDOCTATIN	PA
mcg/ml inj soln	3	Preferred	SANDOSTATIN	FA
octreotide acetate 100				
mcg/ml inj soln, 1000				
mcg/5ml inj soln, 200				
mcg/ml inj soln, 500		Dunfarund	SANDOSTATIN	PA
mcg/ml inj soln	6	Preferred	SANDOSTATIN	17.
octreotide acetate 1000		Dueterned	SANDOSTATIN	PA
mcg/ml inj soln	8	Preferred	SANDOSTATIN	171
SANDOSTATIN LAR	,,	Non Dreferred		PA
DEPOT 10 mg im kit	11	Non-Preferred		173
SANDOSTATIN LAR	 	Non Ductound		PA
DEPOT 30 mg im kit	14	Non-Preferred		177
SANDOSTATIN LAR		Niam Duafarmad		PA
DEPOT 20 mg im kit	16	Non-Preferred		7

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

Página 51 de 67 Revisado 5/18/2017

All. All.





	Nick		Requirements/		
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Limits [Requerimientos /Límites]	
	Thy	roid Hormones (Horr	nona Tiroidea]		
levothyroxine sodium 100			And Committee of the Co		
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	11	Preferred		C	
	Vasopres	sin Analogs [Análog	os 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			
	NEW TO SERVICE STATE OF THE SERVICE STATE STA		TES ENYUNOLÓGICOS		
36 3/85 (C. A.	tors (TNF	and Non-TNF) [Inm	unomoduladores (TNF y N	o-TNF)]	
ENBREL 25 mg sc kit,					
25mg/0.5ml sc sol	9	Preferred		PA, C	
ENBREL 50mg/ml sc					
soldermat	9	Preferred	73	PA, C	
			Λ		

[•] PA — Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA — Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL — 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 52 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.A.





DTUS Name Nombre de Cost Medicamento Cost Medicamento Cost Neto Tier Tier Flori Floring Fl		Net		Reference Name	Requirements/
Neto Neto	Drug Name [Nombre del		Tier [Tier]	[Nombre de	Limits Requerimientos
kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit	ivieurcamentoj			Referencia]	/Límites]
mg/0.8ml sc kit 9 Preferred PA, C REMICADE 100 mg iv soln 16 Preferred PA, C IMMUNOSUPPRISSANTS IMMUNOSUPRESORES) Cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap 3 Preferred NEORAL aPA Cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap 4 Preferred NEORAL aPA, C Cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln 4 Preferred SANDIMMUNE aPA Cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln 4 Preferred SANDIMMUNE aPA Cyclosporine modified 100 mg cap To modified 100 mg/ml soln To mg Cap Cyclosporine modified 100 mg/ml soln To mg Cap To modified 100					
Information Comparison Co	1 .				D4 0
Information Comparison Co		 			PA, C
Cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap Cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap 3 Preferred NEORAL APA NEORAL APA NEORAL 25 mg cap 4 Preferred NEORAL APA NEORAL 25 mg cap 4 Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA Preferred SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA SANDIMMUNE APA BEORAL APA Preferred APA DECRAL APA APA DECRAL APA APA APA DECRAL APA APA APA DECRAL APA APA APA DECRAL APA APA APA APA DECRAL APA APA APA APA DECRAL APA APA APA APA DECRAL APA APA APA APA APA APA APA	REMICADE 100 mg iv soln				PA, C
cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 25 mg cap NEORAL 3PA Preferred SANDIMMUNE aPA NEORAL aPA NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 100 mg cap NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 100 mg cap NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 100 mg cap NEORAL 3PA NEORAL 100 mg cap NEORAL 3PA NEORAL 100 mg cap NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 100 mg cap NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 100 mg NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 3PA NEORAL 100 mg NEORAL 3PA NEORAL	IM	MUNOSU	And the second s		and the second second second
mg cap, 50 mg cap3PreferredNEORALaPAcyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap3PreferredNEORALaPANEORAL 25 mg cap4PreferredAPA, Ccyclosporine 25 mg cap4PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln4PreferredNEORALaPAcyclosporine modified 100 mg cap5PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg cap5PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg cap cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln7PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredAPAAPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredDECADRONdexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab1PreferredDECADRONdexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 41PreferredDECADRON	1		Organ Transplan	t Agents	
ryclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap NEORAL 25 mg cap Vyclosporine 25 mg cap Vyclosporine 25 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln Vyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine modified 100 mg cap Vyclosporine MeOral APA NEORAL 100 mg/ml soln Vyclosporine MeOral APA NEORAL APA	cyclosporine modified 25	"			
mg cap, 50 mg cap3PreferredNEORALaPANEORAL 25 mg cap4PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine 25 mg cap4PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln4PreferredNEORALaPAcyclosporine 100 mg cap5PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg cap5PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg cap 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPACyclosporine modified 100 mg/ml soln7PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredaPAaPACyclosporine modified 100 mg/ml soln7PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredaPA, CaPA, CCyclosporine modified 100 mg/ml soln, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab1PreferredDECADRONdexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 41PreferredDECADRON	mg cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	<u>a</u> PA
mg cap, 50 mg cap3PreferredNEORALaPANEORAL 25 mg cap4PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine 25 mg cap4PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln4PreferredNEORALaPAcyclosporine 100 mg cap5PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg cap5PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg cap 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPACyclosporine modified 100 mg/ml soln7PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredaPAaPACyclosporine modified 100 mg/ml soln7PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredaPA, CaPA, CCyclosporine modified 100 mg/ml soln, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab1PreferredDECADRONdexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 41PreferredDECADRON	cyclosporine modified 25				
NEORAL 25 mg cap cyclosporine 25 mg cap cyclosporine 25 mg cap cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg cap cyclosporine modified 100 mg cap sold preferred sandimune sandimune apa A Preferred sandimune apa A PReferred apa A PA A Preferred sandimune apa A PA A PReferred sandimune apa A PA A PReferred apa A PA A PA A PReferred apa A PA A PReferred apa A PA A PReferred apa A PA A PReferred A PA A PA A PReferred A PA A PA A PReferred A PA A PA A PA A PReferred A PA A PA A PA A PA A PReferred A PA A PA A PA A PReferred A PA A PA A PA A PA A PReferred A PA A PA A PA A PA A PReferred A PA A PA A PA A PA A PReferred A PA A PA A PA A PReferred A PA A PA A PA A PA A PReferred A PA A PA A PA A PA A PReferred A PA A PA A PReferred A PA A PReferred A P	, -	3	Preferred	NEORAL	aPA
cyclosporine 25 mg cap4PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln4PreferredNEORALaPAcyclosporine 100 mg cap5PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg cap5PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg cap cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln7PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredaPA, CGlucocorticosteroids [Glucocorticoides]dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab1PreferredDECADRONdexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 41PreferredDECADRON		4	Preferred		aPA, C
cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln cyclosporine 100 mg cap cyclosporine modified 100 mg cap cyclosporine modified 100 mg cap cyclosporine modified 100 mg cap Service modified 100 mg cap Service modified 100 mg cap Service modified 100 mg cap Service modified 100 mg cap Service modified 100 mg cap Service modified 100 mg cap Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 Service modified 100 mg/ml soln Service modified 100 m		4	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
mg cap, 100 mg/ml soln4PreferredNEORALaPAcyclosporine 100 mg cap5PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg cap5PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg cap5PreferredaPA, Ccyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPAcyclosporine modified 100 mg/ml soln7PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredaPA, Cdexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab1PreferredDECADRONdexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 41PreferredDECADRON					
cyclosporine modified 100 mg cap NEORAL 100 mg cap Solve preferred NEORAL 100 mg cap Solve preferred NEORAL 100 mg cap Solve preferred Solve p		4	Preferred	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
cyclosporine modified 100 mg cap5PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg cap cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap5PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap6PreferredAPAAPACyclosporine modified 100 mg/ml soln7PreferredNEORALAPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredAPAAPAOExamethasone 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 tab1PreferredDECADRONDECADRONDECADRON	cyclosporine 100 mg cap	5	Preferred	SANDIMMUNE	aPA aPA
mg cap5PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg cap cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap5PreferredaPA, CSANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap6PreferredSANDIMMUNEaPASANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap6PreferredaPA, CCyclosporine modified 100 mg/ml soln7PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredaPA, CGlucocorticosteroids [Glucocorticoides]dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab1PreferredDECADRONdexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 41PreferredDECADRON					
cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap 6 Preferred SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap 7 Preferred NEORAL NEORAL 100 mg/ml soln 8 Preferred aPA, C Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] dexamethasone 0.5 mg tab, 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		5		NEORAL	
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, 4	NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		aPA, C
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap Cyclosporine modified 100 mg/ml soln 7 Preferred NEORAL NEORAL 100 mg/ml soln 8 Preferred 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 dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4	cyclosporine 100 mg cap,				
cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap cyclosporine modified 100 mg/ml soln NEORAL 100 mg/ml soln REORAL 100 mg/ml soln 8 Preferred 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 dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4		6	Preferred	SANDIMMUNE	aPA aPA
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 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					
cyclosporine modified 100 mg/ml soln NEORAL 100 mg/ml soln 8 Preferred 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 dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4	cap, 100 mg/ml soln, 25				-DA C
mg/ml soln7PreferredNEORALaPANEORAL 100 mg/ml soln8PreferredaPA, CGlucocorticosteroids [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 tab1PreferredDECADRONdexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 41PreferredDECADRON	mg cap	6	Preferred		aPA, C
NEORAL 100 mg/ml soln 8 Preferred 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		_	55 f	NEODAL	a DA
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				NEORAL	
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	NEORAL 100 mg/ml soln				ara, c
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		Gluce	ocouricosteroias [[=]	ucoconicoldes)	
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					
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					
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	, ,				
tab 1 Preferred DECADRON dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4					
dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4		4	Professed	DECADRON	
phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4		<u> </u>	Fielefieu	DEGADION	
soln, 20 mg/5ml inj soln, 4	G/ G/ (1)				
	mg/ml inj soln	, I	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]

Página 53 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.All.

Contraction of the Contraction o





			147	
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	<u> </u>			
tab, 5 mg tab	1 1	Preferred	DELTASONE	
hydrocortisone 10 mg tab,	<u>''</u>			
20 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	CORTEF	
methylprednisolone 16 mg		1 10101100		
tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	
cortisone acetate 25 mg		. 1010.10		
tab	3	Non-Preferred	CORTISONE	
KENALOG 40 mg/ml inj		71017 1 10101104		
susp	5	Non-Preferred		
betamethasone sod phos		14017 1 1010110G	CELESTONE	
& acet 6 mg/ml inj susp	2	Preferred	SOLUSPAN	OB-GYN
			tes para Trasplantes]	
		Preferred	IMURAN	
azathioprine 50 mg tab	1	Non-Preferred	INIOTOTIV	
AZASAN 75 mg, 100 mg		Non-Fielened		
mycophenolate mofetil 200				
mg/ml susp, 250 mg cap,	,	Preferred	CELLCEPT	aPA
500 mg tab	2			aPA
tacrolimus 0.5 mg cap	3	Non-Preferred	PROGRAF	
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred	DDOODAE	aPA, C
tacrolimus 1 mg cap	4	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg			DADARUUE	.
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]

Página 54 de 67 Revisado 5/18/2017

0





				Requirements/	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Limits [Requerimientos /Límites]	
INFLAMMATORY B	OWEL DI	SEASE JENFORMI	DAD INTLAMATORIA IN	TESTINAL)	
	An	inosalicylates [Ami	nosalicilatos]		
mesalamine rectal enema					
4 gm	4	Preferred	ROWASA		
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred	u	С	
ASACOL HD 800 mg tab		Preferred			
dr	6			C	
Immunomodula	tors (TNF	and Non-TNF) [Inn	nunomoduladores (TNF y N	lo-INF)]	
ENBREL 25 mg sc kit,				D4 0	
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				D4 C	
mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C	
HUMIRA PEDIATRIC					
CROHNS START 40		m ()		DA C	
mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C	
HUMIRA PEN 40 mg/0.8ml		D (PA, C	
sc kit	11	Preferred		FA, C	
HUMIRA PEN-CROHNS					
STARTER 40 mg/0.8ml sc		Dueformed		PA, C	
kit	11	Preferred		17,0	
HUMIRA PEN-PSORIASIS					
STARTER 40 mg/0.8ml sc	44	Preferred		PAC	
kit	11	Preferred		PA, C PA, C	
REMICADE 100 mg iv soln	13		rticoides Intrarectales de Bi		
intrarectal Low Pote	ncy Gluce	corticolas [Gilacoco	((COIDES I) ITALISCIALES GE DI		
hydrocortisone 100			001.00057		
mg/60ml rect enema	2	Preferred	COLOCORT		
		Sulfonamides [Sulfo	namidasį		
sulfasalazine 500 mg tab,			A 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11		
500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE		
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLETOS]					
Calciu	m Regula		s Reguladores de Calcio]	1	
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]

Revisado 5/18/2017

Página 55 de 67

A. A.M.



Drug Name [Nombre del

Medicamento]

levocarnitine 1 gm/10ml

DEPEN TITRATABS 250

potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%)

potassium chloride crys er 10 meg tab er, 20 meg tab

potassium chloride er 10

meg cap er, 8 meg cap er potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral

soln, 330 mg tab

mg tab

soln

solution

		SALUD FÍSICA	00	ntrato Número
ombre del ento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
gm/10ml b	3	e Deficiency [Deficie Preferred	CARNITOR	
TABS 250	25	lating Agents [Agente Preferred		PA
Electrolyles, ide 20) oral 5ml (10%)	/Minerals	Replacement (Reem	plazo de Electrolitos/Miner KAY-CIEL	aiesj
ide crys er 20 meq tab	1	Preferred	KLOR-CON	
ide er 10 eq cap er ide 40	2	Preferred	MICRO-K	
) oral	4 Im Pemo	Preferred	KAON CL Removedoras de Potasio	
ene /60ml susp	3	Preferred	KAYEXALATE	

Potassii Potassii	ım Remo	ving Resins [Resina	s Removedoras de Potasio]	
sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp	3	Preferred	KAYEXALATE	
	Prena	atal Vitamins [Vitami	nas 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

Administrativa] • QL - 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 56 de 67 Revisado 5/18/2017







			10/	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
		Vitamin K [Vitar	mina K]	
MEPHYTOIN 5 mg tab	6	Non-Preferred		
MUS	CLE REI	AXANTS (RELAJA	INTES MUSCULARES	
			es 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	
Skele	tal Muscle	Relaxants [Relajar	rtes Musculoesqueletales]	
cyclobenzaprine hcl 10 mg tab	1	Preferred	FLEXERIL	
	NASAI	AGENTS (AGEN	res nasalesj	
10 (27) (27)	Nasal Ant	ticholinergics [Antic	olinérgicos Nasales]	
ipratropium bromide 0.03 % nasal soln	2	Non-Preferred	ATROVENT	
Nasal Ma	ist Cell St	abilizers [Estabilizad	dores Nasales de Mastocito	S]
cromolyn sodium 5.2 mg/act nasal aerosol sol	1	Preferred	NASALCROM	
	Nas	sal Steroids [Estero	ides Nasales]	
fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp	1	Preferred	FLONASE	QL = 1 pompa / 30 días
OPI		THE RESERVE OF THE PERSON OF T	NTES OFTALMICOS	
	Antiglau	coma Agents [Agen	ites 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	4	Dreferred	DETAGAN	
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]

A.H.A.

Página 57 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]
betaxolol hcl 0.5 % ophth				
soln	2	Non-Preferred	BETOPTIC	
		Miotics [Miótic	COS]	I
pilocarpine hcl 1 % ophth				
soln, 2 % ophth soln, 4 %	_	5 (ICODTOC A DDINE	
ophth soln	3	Preferred	ISOPTOCARPINE	
		Mydriatics [Midri	aticos	
atropine sulfate 1 % ophth			IOO ATRODINE	
oint, 1 % ophth soln	1	Preferred	ISO-ATROPINE	
Nonsteroidal Anti-	Inflamma	tory Agents (NSAID:	s) [Anti-Inflamatorios No Es	man manage deligent was taken to a real of the control of the cont
diclofenac sodium 0.1 %				QL = max 30
ophth soln	1	Preferred	VOLTAREN	días / 365 días
ketorolac tromethamine 0.5			40111.45	QL = max 30
% ophth soln	1	Preferred	ACULAR	días / 365 días
	Ophthair	nic Antibiotics (Antib	ioticos Onalmicos)	
ciprofloxacin hcl 0.3 %		_ , .	OH OVAN	
ophth soln	1	Preferred	CILOXAN	
gentamicin sulfate 0.3 %				
ophth oint, 0.3 % ophth		D., f.,	CARAMYCIN	
soln	1	Preferred	GARAMYCIN OCUFLOX	
ofloxacin 0.3 % ophth soln	11	Preferred	OCOFLOX	
polymyxin b-trimethoprim				
10000-0.1 unit/ml-% ophth soln	1	Preferred	POLYTRIM	
	I	Helenea) OLI IIIIII	
tobramycin 0.3 % ophth soln	1	Preferred	TOBREX	
bacitracin 500 unit/gm				
ophth oint	3	Non-Preferred	BACITRACIN	
		lmic Antivirals [Antivi		100000
trifluridine 1 % ophth soln	4	Non-Preferred	VIROPTIC	PA
Oph			aglandinas Oftálmicas]	
latanoprost 0.005 % ophth				and the Commission was sepect commission may not taken search. It would not a form contrast to the sepect to the search of the s
soln	1	Preferred	XALATAN	



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

Página 58 de 67 Revisado 5/18/2017

AAM.





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Limites]
Length Company	Obutus	Imic Steroids [Este	[Dides Onaliticos]	T
neomycin-polymyxin-				
dexamethasone 3.5-				
10000-0.1 ophth oint, 3.5-		Preferred	MAXITROL	
10000-0.1 ophth susp	11	Pielelieu	MAXIIIOL	
prednisolone acetate 1 %	,	Preferred	PRED FORTE	
ophth susp	2	Freieneu	FILDIONIL	
prednisolone sodium		Preferred	INFLAMASE	
phosphate 1 % ophth soln	2	Fieleneu	(INI LAMAGE	
fluorometholone 0.1 %	3	Preferred	FML LIQUIFILM	
ophth susp	.}1	AGENTS AGENT		
in the same of the	Annual Control of the Control of the			
A STATE OF THE PROPERTY OF THE			tes Oticos Misceláneos]	
acetic acid 2 % otic soln	2	Preferred	VOSOL	
	Oti	c Antibiotics [Antibio	oticos Oticosj	T
neomycin-polymyxin-hc 1				
% otic soln, 3.5-10000-1				
otic soln, 3.5-10000-1 otic			CORTIONORIN	
susp	2	Preferred	CORTISPORIN	
cipro hc 0.2-1 % otic susp	1	Preferred		
			ies respiratorios	
Anticholir	iergic Broi	nchodilators [Bronc	odilatadores Anticolinérgico	s]
ipratropium bromide 0.02				
% inh soln	1	Preferred	ATROVENT	
	. An	tileukotrienes [Antil	eukotrienos]	3 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
montelukast sodium 10 mg				
tab, 4 mg tab chew, 5 mg				
tab chew	1	Preferred	SINGULAIR	
Part A	ntitussive-	Expectorant [Expe	ctorantes Antitusivos]	Dr.
benzonatate 100 mg cap	1	Preferred	TESSALON	
guaifenesin-codeine 100-				
10 mg/5ml soln	1	Preferred	CHERATUSSIN	
	Bronchiol	tis Agents [Agentes	para Bronquiolitis]	
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im		entre en reconstruction de la construction de la construction de la construction de la construction de la cons		
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]

L.A.A.M.

Página **59** de **67** Revisado 5/18/2017





Drug Name [Nombre del Cost [Costo Neto] Tier [Tier] Reference Name [Nombre de Referencia] Requirer [Nombre de Referencia] Requerin [Requerin /Limits] Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados] FLOVENT DISKUS 100 QL = 1 pc 30 días FLOVENT HFA 110 QL = 1 pc 30 días FLOVENT HFA 110 QL = 1 pc 30 días ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr 4 Preferred 30 días, 20 días, 3	ts nientos es] ompa / s, C ompa / s, C
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr 3 Preferred 30 días FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr 4 Preferred 30 días	ompa / s, C
mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr mcg/blist inh aer pwdr mcg/blist inh aer pwdr 3 Preferred QL = 1 pc 30 días FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr 4 Preferred QL = 1 pc 30 días	ompa / s, C
mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr 3 Preferred 30 días FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr 4 Preferred 30 días	ompa / s, C
rncg/blist inh aer pwdr 3 Preferred 30 dfas FLOVENT HFA 110 QL = 1 pc QL = 1 pc mcg/act inh aer 3 Preferred 30 dfas ADVAIR DISKUS 100-50 Treferred QL = 1 pc mcg/dose inh aer pwdr, QL = 1 pc QL = 1 pc 250-50 mcg/dose inh aer QL = 1 pc 30 dfas, pwdr 4 Preferred 30 dfas,	ompa / s, C
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr 4 Preferred QL = 1 pc 30 días	ompa / s, C
mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer 3 Preferred 30 días ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr 4 Preferred 30 días	s, C
mcg/act inh aer 3 Preferred 30 días ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr QL= 1 pc pwdr 4 Preferred 30 días,	s, C
ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr 4 Preferred 30 días,	
mcg/dose inh aer pwdr, 250-50 mcg/dose inh aer pwdr 4 Preferred QL= 1 po 30 días,	mna /
250-50 mcg/dose inh aer pwdr 4 Preferred QL= 1 po	mna /
pwdr 4 Preferred 30 días,	
T. V. T.	
1 ALWAR HEA 135-21 1 1	31,0
	mna /
mograde mir dor, to ar	•
mogrado am do	<u> </u>
budesonide 0.25 mg/2ml	
inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp 4 Non-Preferred PULMICORT AL ≤ 1	2 años
CGOP	Lano
budesonide 1mg/2ml inh susp 8 Non-Preferred PULMICORT AL ≤ 1	2 สถักร
susp 8 Non-Preferred PULIVICORT ALST	
1 20 12(1) 1 1 20 12	•
mcg/act inh aer 4 Preferred 30 dias ADVAIR DISKUS 500-50 QL= 1 po	
	ST C
mcg/dose inh aer pwdr 5 Preferred 30 dias, 3 ADVAIR HFA 230-21 QL= 1 po	
mcg/act inh aer 5 Preferred 30 días, S	
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]	
cetirizine HCl oral soln 1	-
MG/ML (5 MG/5ML) 1 Preferred ZYRTEC OT	<u> </u>
loratadine 5 mg/5ml soln, 5	
mg/5ml syr 1 Preferred CLARITIN OT	
Ioratadine 10 mg tab 1 Preferred CLARITIN OT	U
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]	4, 15
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]

A.H.M.

Página 60 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 /Limites]
	ilmetic Br	aucuodilators (Provi	odilatadores Simpatomimé	1005]
albuterol sulfate (2.5				
mg/3ml) 0.083% inh neb				
soln, (5 mg/ml) 0.5% inh		Preferred	ALBUTEROL	
neb soln, 2 mg/5ml syr	1 1	Preferred	ALBOTEROL	
terbutaline sulfate 2.5 mg		Preferred	BRETHINE	
tab, 5 mg tab	1	Preierreu	DIVETITINE	QL = 1 pompa /
VENTOLIN HFA 108 (90		Preferred		30 días, C
base) mcg/act inh aer	2		 ES PARA ARTRIDIS REUI	
the control of the co	itors (TINE	And Non-Tive) [mi	nunomoduladores (TNF Y N	1
ENBREL 25 mg sc kit,				DA C
25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C PA, C
ENBREL 50mg/ml sc sol	9	Preferred		PA, C
ORENCIA 125 mg/ml			to the second se	
subcutaneous solution				
prefilled syringe, 125				
mg/ml ClickJect sc sol	40	Preferred		PA, C
Autoinjector	10	Preferred		177,0
HUMIRA 10 mg/ 0.2ml sc	İ			
kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40	11	Preferred		PA C
mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13	logic Agents [Agent	ros No Biológicos!	1 A, O
	_ INOULDIC	Jiogio Agenta (Agent I	(es (40-biologicos)	
mathetravete 2 E martoh		Preferred	 METHOTREXATE	
methotrexate 2.5 mg tab	2	FIGICIICU	IVILITIOTILLAMIL	
laffunamida 10 ma tah 20				
leflunomide 10 mg tab, 20	4	Non-Preferred	ARAVA	PA
mg tab DEPEN TITRATABS 250	7	14011 1 TOTO SOCI	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
	25	Preferred		PA
mg tab	۷.	1 10101104		



[•] PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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 61 de 67 Revisado 5/18/2017

A.H.A.





		030	
		benzonatate	59
А		benztropine mesylate	33
A		betamethasone dipropionate aug	45
abacavir sulfate	36	betamethasone sod phos & acet	54
abacavir suirate abacavir-lamivudine-zidovudine	36	betamethasone valerate	46
acarbose	26	BETASERON	42
	18	betaxolol hcl	58
acetaminophen-codeine acetazolamide	30	bicalutamide	42
acetazolamide acetic acid	59	BICILLIN L-A	21, 22
	46	BILTRICIDE	33
acitretin	46	brimonidine tartrate	57
ACTIMMUNE	35	bromocriptine mesylate	34, 50
acyclovir		budesonide	60
ADEMPAS	41	bumetanide	30
ADVAIR DISKUS	60	butalbital-apap-caffeine	18
ADVAIR HFA	60	butaishar apap carrente	2.0
ADVATE	48	_	
AFINITOR	43	С	
albuterol sulfate	61	1	FO
alendronate sodium	39	cabergoline	50
ALKERAN	42	calcipotriene	46
allopurinol	28	calcitriol	55
alyacen 1/35	50	calcium acetate	48
amantadine hcl	33, 34	CAPASTAT	32
AMICAR	49	capecitabine	43
amiodarone hcl	40	CARAFATE	47
amitriptyline hcl	25	carbamazepine	23, 24
amlodipine besylate	29	carbamazepine er	24
amoxicillin	21	carbidopa-levodopa	34
amoxicillin-pot clavulanate	21	carbidopa-levodopa er	34
ampicillin `	21	carbidopa-levodopa-entacapone	34
AMPYRA	41	carvedilol	31
anastrozole	43	cefaclor	22
ARANESP (ALBUMIN FREE)	38	cefadroxil	20
ASACOL HD	55	cefdinir	22
aspirin	39	cefprozil	22
aspirin low dose	39	cephalexin	20
atenolol	30	Cetirizine HCI	60
atenolol-chlorthalidone	30	childrens loratadine	60
atorvastatin calcium	46	chlorhexidine gluconate	44
ATRIPLA	35	chloroquine phosphate	33
atropine sulfate	58	chlorothiazide	31
AVONEX	41	chlorthalidone	31
AVONEX PEN	41	cholestyramine	46
AVONEX PREFILLED	41	cilostazol	39
AZASAN	54	cipro hc	59
azathioprine	54	ciprofloxacin	22
azithromycin	20	ciprofloxacin hcl	22, 58
azan oniyon	20	clarithromycin	20
		classic prenatal	56
В		clindamycin hel	20
	= 0	clindamycin phosphate	23, 45
bacitracin	58	clonazepam	19, 23
baclofen	57	clonidine hcl	28
BENEFIX	49	GIORIGINO TIGI	20

1

Page **62** of **67** Revisado 5/18/2017

A.H.A.



clopidogrel bisulfate	39	ENBREL	52, 55, 61
clotrimazole	44, 46	enoxaparin sodium	39
codeine sulfate	18	EPIVIR	36
colchicine	28	EPZICOM	35
COLCRYS	28	ergoloid mesylates	25
COPAXONE	41	ERYTHROCIN STEARATE	20
cortisone acetate	54	ERYTHROCIN STEARATE erythromycin erythromycin base erythromycin ethylsuccipate estradiol Cantrato Número	45
CREON	47	erythromycin base	20
cromolyn sodium	47, 57	erythromycin ethylsuccipate/	20
CRYSÉLLE-28	50		50
CUPRIMINE	56, 61	estradiol-norethindrone acet	51
cyanocobalamin	37	estropipate \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	50
cyclobenzaprine hcl	57	ethambutol hcl	32
cycloserine	32	ethosuximide m	24
cyclosporine	53	ethosuximide etoposide	44
cyclosporine modified	53	10300	
-,,		F	
D		ı	
1.7		famotidine	47
dantrolene sodium	57	fentanyl	17
dapsone	32	ferrous sulfate	39
DARAPRIM	33	finasteride	36
DELZICOL	55	flecainide acetate	40
DEPEN TITRATABS	56	FLOVENT DISKUS	60
desmopressin ace rhinal tube	52	FLOVENT HFA	60
desmopressin ace spray refrig	52	fluconazole	33
desmopressin acetate	52	fludrocortisone acetate	51
desmopressin acetate spray	52	fluorometholone	59
dexamethasone	53	fluorouracil	45
dexamethasone sodium phosphate	53	flurazepam hcl	19
diazepam	19	flutamide	42
diclofenac sodium	58	fluticasone propionate	57
dicyclomine hcl	47	folic acid	39
didanosine	36	fosinopril sodium	28
digox	40	furosemide	30
digoxin	41	FUZEON	35
DILANTIN	24		
diltiazem hol	29		
diltiazem hol er	29	G	
diltiazem hcl er beads	29	gabapentin	23, 24
diltiazem hol er coated beads	29	gemfibrozil	2.5, 2.4 46
****	29	gentamicin sulfate	58
ait-xr DIURIL	31	GILENYA	41
divalproex sodium	23, 32	GLEEVEC	43
·	25	glimepiride	27
donepezil hcl	57		27
dorzolamide hel timolol mal	57 57	glipizide GLUCAGON EMERGENCY	26
dorzolamide hcl-timolol mal	25	quaifenesin-codeine	59
doxepin hol	22	gualieriesiii-codeirie	.55
doxycycline monohydrate	25		
duloxetine	23	Н	
r-		heparin sodium (porcine)	37
E		heparin sodium (porcine) heparin sodium (porcine) pf	37 37
ELIQUIS	38	HUMALOG	27
EMTRIVA	36	HUMALOG MIX 50/50	26
EWILLIAM	30	HOWALOG WIN OWOO	20

Page **63** of **67** Revisado 5/18/2017

G

J.A.M.



HUMALOG MIX 75/25	26	LANTUS SOLOSTAR	26
HUMIRA	53, 55, 61	latanoprost	58
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	55	leflunomide	61 43
HUMIRA PEN CROUNS CTARTER	55 55	leucovorin calcium LEUKERAN	43 42
HUMIRA PEN DOODLASIS STARTER	55 55	leuprolide acetate	44
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER	55 26	leuprollue acetate levetiracetam	23, 24
HUMULIN 70/30 HUMULIN N	26 26	levetiracetam er 24 hrs	23, 24
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		29
hydroxyurea	42	Iomustine INSTRACION	42
hydroxyzine hcl	45	lisinopril-hydrochlorothiazide lomustine loratadine lorazepam	60
hydroxyzine pamoate	19	lorazepam / 🔻 / 🔭	19
		losartan potassium 🕴 / Contrato Número 🔪	28
1		Iosartan potassium-hotz	28
1		LOW-OGESTREL \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	50
ibuprofen	17	LUPRON DEPOT	43, 44
imatinib	43	LUPRON DEPOT-PED	44
imipramine hcl	25	LUPRON DEPOT-PED CUROS DE SAU M	
indapamide	31	M	
indomethacin	17	141	
INFED	39	MACRODANTIN	20
insulin syringe/needle	27	MATULANE	44
INTELENCE	36	MEDROL	54
INTRON A	44	medroxyprogesterone acetate	50
ipratropium bromide	57, 59	megestrol acetate	43
ISENTRESS	35	meloxicam	17
isoniazid	32	meperidine hcl	18
isosorbide mononitrate	41	MEPHYTON	57
isosorbide mononitrate er	41	mercaptopurine	42
isotretinoin	45	mesalamine	55
itraconazole	33	MESTINON	32 26
		metformin hol metformin hol er	26 26
K		methadone	18
		METHADONE	18
KENALOG	54	methimazole	50
ketoconazole	33	methotrexate	42, 61
ketorolac tromethamine	58	methoxsalen	45
KOGENATE FS SIGNATE	49	methyldopa	28
KOGENATE FS BIO-SET	49 26	methylprednisolone	54
KOMBIGLYZE XR	20	methylprednisolone (pak)	54
		metoclopramide hcl	27
L		metolazone	31
	22	metoprolol succinate er	30
lamivudine	36	metoprolol tartrate	30
lamivudine-zidovudine	36	metoprolol-hydrochlorothiazide	30
lamotrigine	23	metronidazole	20, 23, 46
lamotrigine chew tab	23 27	mexiletine hcl	40
LANTUS	41		

C LAM.

Page **64** of **67** Revisado 5/18/2017



midazolam hcl	19	Р	
minocycline hcl	22	r	
minoxidil	31	penicillin g procaine	21
misoprostol	47, 51	penicillin v potassium	21
mometasone furoate	45	pentoxifylline er	40
montelukast sodium	59	permethrin	46
morphine sulfate	18	phenazopyridine hcl	48
morphine sulfate (concentrate)	18	phenobarbital	23, 24
morphine sulfate er	17	phenytoin	24
mupirocin	46	phenytoin sodium extended	24
mycophenolate mofetil	54	pilocarpine	44
mycophenolic acid	54	pilocarpine hcl	58
MYLERAN	42	PIN-X	33
(VIII to Lot V VIV	* 6**	pioglitazone hal	26
••		polymyxin b-trimethoprim	58
N		potassium chloride	56
un de como e forma	17	potassium chloride crys er	56
nabumetone	17	potassium chloride er	56
NAMENDA	25 17	pramipexole dihydrochloride	34
naproxen		pravastatin sodium	47
naproxen dr	17	prednisolone	54
NEBUPENT	33 59	prednisolone acetate	59
neomycin-polymyxin-dexamethasone		prednisolone sodium phosphate	59
neomycin-polymyxin-hc	59 53		54
NEORAL	53	prednisone prednisone (pak) prenatal	54
NEULASTA	37	prenatal Similar	56
NEUPOGEN	37 35		56
nevirapine		prenatal 19 prenatal formula Contrato Número	56
nevirapine er .	35	prenatal low iron	56
NEXAVAR	43	in the second se	56
nifedipine er osmotic	29, 30	prenatal plus iron prenatal vitamins	56
nitrofurantoin macrocrystal	20, 21	pronata vitamino	23
nitrofurantoin monohyd macro	21	primidone probenecid prochlomerazine	28
nitrofurantoin oral suspension	21	prochlorperazine	28
nitroglycerin	41	prochlorperazine prochlorperazine edisylate	27
NITROSTAT	41	prochlorperazine edisylate prochlorperazine maleate	28
NORDITROPIN FLEXPRO	51.	PROCRIT	38
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	51		27
nortriptyline hcl	25	promethazine hol	40
nystatin	33, 44, 45, 46	propafenone hcl propranolol hcl	31, 40
			50
0		propylthiouracil pyrazinamide	32
•		pyrazinamiue pyridostigmine	
octreotide acetate	51		32 32
ofloxacin	58	pyridostigmine bromide	32
omeprazole	48		
ondansetron	27	Q	
ondansetron hal	27		
ONGLYZA	26	quinidine gluconate er	40
ORENCIA	61	quinidine sulfate	40
oseltamivir phosphate	34	quinidine sulfate er	40
oxcarbazepine	23, 24		
oxybutynin chloride	48	R	
oxycodone-acetaminophen	18, 19	••	
		ranitidine hcl	47
		RAPAMUNE	54

C 1.1.1.

Page **65** of **67** Revisado 5/18/2017



REESES PINWORM MEDICINE	33	temozolomide	42
REFACTO	49	terazosin hcl	28, 37
REMICADE	53, 55, 61	terbinafine hcl	33
RENVELA	48	terbutaline sulfate	61
RESCRIPTOR	35	terconazole	33
rifabutin	32	testosterone cypionate	50
RIFAMATE	32	theophylline er	60
rifampin	32	timolol maleate	57
rivastigmine tartrate	25	tobramycin	19, 58
ropinirole hcl	34	topiramate	23, 32
•		tramadol hcl	18
S		tranexamic acid	49
3		TRECATOR	32
salsalate	17	tretinoin	45
SANDIMMUNE	53	triamcinolone acetonide	46
SANDOSTATIN LAR DEPOT	51	triamterene-hctz	31
selegiline hcl	34	trifluridine	58
selenium sulfide	45	trimethobenzamide hcl	27
SELZENTRY	35	TRUVADA	36
SENSIPAR	50	TYSABRI	42
SEROMYCIN	32		
sildenafil citrate	41	U	
silver sulfadiazine	46	U	
simvastatin	47	ur n-c	48
sirolimus	54	URETRON D/S	48
sodium polystyrene sulfonate	56	URIMAR-T	48
sotalol hel	40	urin ds	48
spironolactone	31	ursodiol	47
SPRYCEL	43	**************************************	
stavudine	36	M	
STIMATE	52	V	
STIVARGA	42	VAGIFEM	42
sucralfate	47	valganciclovir hcl	35
sulfacetamide sodium-sulfur	45	valgandiction not	24
sulfadiazine	22	vancomycin hcl	21
sulfamethoxazole-tmp ds	22		61
sulfamethoxazole-trimethoprim	22		29
sulfasalazine	55	verapamil hcl er Contrato Número	29
sulindac	17	VIDEX	36
sumatriptan succinate	32	VANDAT VOICE VALUE OF A	24
SUSTIVA	35	VINEAD (C)	36
SYNAGIS	59	VIREAD	30
SYNTHROID	52	OS DE SA	
		VIREAD OLD OLD SALIS	
Т		warfarin sodium	37
acrolimus	54	-	
FAMIFLU	34	Z	
amoxifen citrate	42	zidovudine	36
amsulosin hcl	37	zidovadine ZOLADEX	3 0 44
rasigna	43	zonisamide	24
recfidera	42	LUMBAINUG	24



Page **66** of **67** Revisado 5/18/2017

A.H.M.

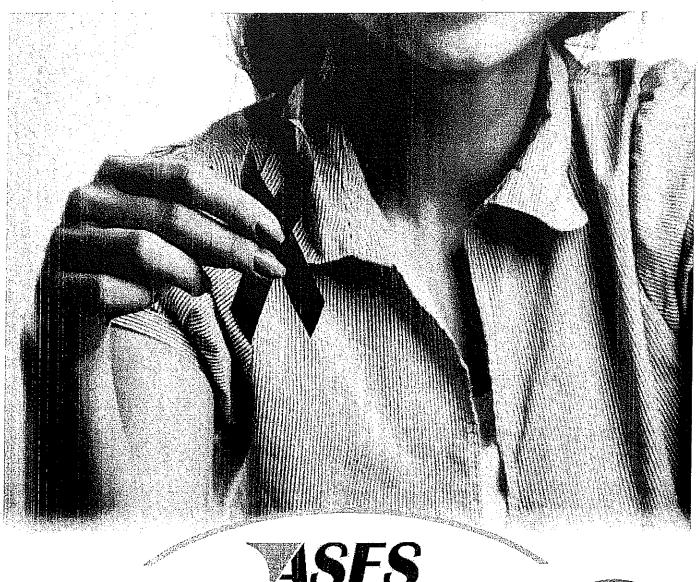








AH.M.



VIH-SIDA

2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG















15-107-11



Hon. Hicardo A. Ansserii Himmres Golognadar

Sia, Argola M. Avia Marrera Oliectora Reculisa

1 de mayo de 2017

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

Estimado proveedor:

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

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

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

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

Cordialmente.

Angela M. Avila Marrero Directora Ejecutiva

A.H.H.

Contrato Número

POS DE



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



1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

Página 3 de 19



- B. Las compañías aseguradoras o el TPA ("Third Party Administrator"), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o "PBM") contratado por ASES.
- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones 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 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.

Contrato Número

1) A.H.A.

Página 4 de 19



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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



1/

A.H.All.





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 C REFERENCIA 2017	GUÍAS DE
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	8
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	9
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]	10
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]	10
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]	10
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	
Macrolides [Macrólidos]	
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 [Antihelminticos]	13
Antimalarials [Antimaláricos]	13
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráricos]	13
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]	
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	13







Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos De La Transciptasa Reversa] Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]14 CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]15 Antifungals [Antifungales]......15 Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]16





AHA.



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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]	CTDA
THERAPE	UTIC CA	TEGORY [CATEG	ORÍA TERAPEUTICA	<u>1</u>	WIN STUNCTO
	Therape	utic Class [Clase]	lerapeuticaj		Con The Control of th
	ANES	THE LES PANESE Thetics (Anestesi	NICONFERENCE		SHINISTRACION ST
	juai Anca	interira Naticarean	203 Eurorea ja esta esta esta esta esta esta esta est	STATES AND AND SHOULD SHARE A SHARE SHOULD SHOULD SHARE SHOULD SHOU	/ Contrato Número \
lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln	4	Preferred	XYLOCAINE		a comaco raumeto /
		KRIALSTANIIMA			
		vosides (Aminog			0
streptomycin sulfate 1 gm im soln	А	Preferred	STREPTOMYCIN		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \
Som	NE	crolides (Macrolia	A company of the comp	STATE OF THE STATE OF	PROSTESP
azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX		CIROS DE SAL
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			Cer

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.M.A.M.



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 mensualmen	ıte	
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			- ALCOHOLOGICA CANADA
14	\$3,500 - \$3,999			SINISTRACIONON
15	\$4,000 - \$4,499			William Co.
16	\$4,500 - \$4,999			(3)
17	\$5,000 - \$5,499			Contrato Numero 1.1
18	\$5,500 - \$5,999			
19	\$6,000 - \$6,499		٨	
20	\$6,500 - \$6,999		Λ	000
21	\$7,000 - \$7,499		-11/J	GUROS DE SP
22	\$7,500 - \$7,999			TOSOF
23	\$8,000 - \$8,499			
24	\$8,500 - \$9,000			
25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente		

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

A.I.A.

Página 9 de 19



Revisado: 18 de mayo de 2017
Contrato Número

				1030000
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPI	EUTIC CA	TEGORY [CATEGO	ORÍA TERAPÉUTICA	A]
		utic Class [Clase T		
	ANT'S	THE BUSINESS	ÍSHCOSI	
	ocal Are	sthetics (Anestesio	os Locales]	Santagoria (S
lidocaine viscous 2 %	SECT BUT SECURE STATES			
mouth/throat soln	1	Preferred	XYLOCAINE	
	NTTHAVE	I PREMIATION PARAMETRAS	ONE DE LA CASA DE LA CASA DE LA CASA DE LA CASA DE LA CASA DE LA CASA DE LA CASA DE LA CASA DE LA CASA DE LA C	
	CANADAM SERVICE STREET, SPECIAL PROPERTY AND ADDRESS OF THE PERSON OF TH	eccolides Macrólic	make the property of the prope	
azithromycin 250 mg tab,				
500 mg tab	1	Preferred	ZITHROMAX	
azithromycin 1 gm pckt, 100	<u> </u>			
mg/5ml susp, 200 mg/5ml				
susp, 600 mg tab	2	Preferred	ZITHROMAX	
clarithromycin 125 mg/5ml				
susp, 250 mg tab, 500 mg				
tab	2	Preferred	BIAXIN	
clarithromycin 250 mg/5ml				
susp	3	Preferred	BIAXIN	
ERY-TAB 500 mg tab dr	3	Preferred		
erythromycin base 250 mg				
cap dr prt, 250 mg tab, 500				
mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	
erythromycin ethylsuccinate				
400 mg tab	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE				
250 mg tab	4	Non-Preferred		
E.E.S. GRANULES 200				
mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml	_			
susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml		, i		
susp	6	Preferred		

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

A.M.A.M.

Página 10 de 19



Revisado: 18 de mayo de 2017
Comtrato Número H

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
Miscellane	ous Antib	acterials (Antibac	erianos Misceláneos	
clindamycin hcl 150 mg cap,				
300 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	CLEOCIN	
	P	nicilins [Penicilin	as]	
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	<u> </u>			
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		
	e Gu	hillanes (enimista	iasi	
ciprofloxacin hcl 250 mg tab,				And the second s
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	11/1
(10/0) 3030				

1.11.11.



Revisado 8 de mayo de 201

			W (1)	3/
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
ciprofloxacin 250 mg/5ml				
(5%) susp	4	Preferred	CIPRO	
	Sulfo	namides (Sulfonai	midas]	
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	
	Tetra	acyclines Tetracic	linasi	
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	
AND IVE	CORAC	VERNI ANTAS I A NOTANA	ototen operation of the	
		arculars (Antituber		
isoniazid 100 mg tab, 300	210000000000000000000000000000000000000			
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
cycloserine 250 mg cap			SEROMYCIN	Health
RIFAMATE 50-300 mg cap				Department
TRECATOR 250 mg tab				Tuberculosis
TRECATOR 250 mg tab				Control
CAPASTAT 1 gm inj				Program
Miscellaneous A	itimyceb	acterials (Aintimic	sacierianos Miscelá	neos]:
dapsone 100 mg tab, 25 mg		and the second section of the section of the s		
tab	2	Preferred	DAPSONE	
	Britay(6)6			
THE COUNTY OF TH				
fluconazole 10 mg/ml susp,				^
100 mg tab, 150 mg tab, 200		Dfa1	DIFLLICAN	//
mg tab, 50 mg tab	1]	Preferred	DIFLUCAN	,

A.M.AM.



Revisado: As de mayo de 2017 Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
ketoconazole 200 mg tab	1 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	
Programme		SMI GUNESHING		
	Anthe	minties (Antihelmi	nticos]	
ALBENZA 200 mg tab	9	Preferred		Section 1
	Antin	nalarials [Antimala	ricos]	
DARAPRIM 25 mg tab	7	Non-Preferred		PA
Antiprotozoals : N	on-Antim	alarials (Antiprote)	zoarios No-Antimala	raricos]
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Preferred		
atovaquone 750 mg/5ml				
susp	9	Non-Preferred	MEPRON	
Anti-Cytomegal	ovinis#C	MVA Agents (Agent	(esyAntisQitomegale)	irus]
valganciclovir hcl 450 mg				
tab	13	Non-Preferred	VALCYTE	
Anti	nerpetic /	Yornis (Lygentes) A	ntiherpéticos	
acyclovir 200 mg cap, 400				
mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	ZOVIRAX	
acyclovir 200 mg/5ml susp	2	Preferred	ZOVIRAX	
Non Nucleoside Reverse		त्राम्डानात्रीयकात्र स्ट्रिक्ट्राह	al see see	esigos helfa
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		Р
nevirapine er 100 mg tab er				
24 hr, 400 mg tab er 24 hr	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 50 mg cap, 600				_
mg tab	7	Preferred		P
zidovudine 300 mg tab	2	Non-Preferred	RETROVIR	

6

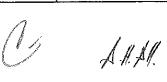
A.H.A.



Revisado: 1830 mayo de 2019 Contrato Número

256 K (1945) 256 - 250 (1945) 194 (1945) 194 (1945) 194 (1945) 195 (1945) 195 (1945) 195 (1945) 195 (1945) 195	na ni 6 na 18 kilona eska estidena eska en en			
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
			ise Inhibitors (Inhibi Iscriptasa Reversa)	dores :
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	
In the second se	លៀនពីហ៊ូ(ចី)វ៉ូ	Volonie a Valonie de La	atinglance describe	polesisj je za
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 100 mcg/0.5ml inj		_		<u></u>
soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 3000 unit/ml inj				D
soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 25 mcg/0.42ml inj		Droformed		PA, P
soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		гA, г
PROCRIT 10000 unit/ml inj	6	Droforrad		PA, P
SOIN	6	Preferred		<i>F F</i> F
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
FREE/ 40 mcg/0.4/iii iiij soiii		i referred		1 7 1 1







Revisado 18 de mayo de 2013 Contrato Número

			¥ (10/
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Linits [Requerimientos/ Limites]
ARANESP (ALBUMIN				"
FREE) 40 mcg/ml inj soln,				
60 mcg/ml ini soln	8	Preferred		PA, P
ARANESP (ÁLBUMIN				
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
		lion [Hierro]		
iran 225 (65 fa) ma tah	1	Preferred	IRON	
iron 325 (65 fe) mg tab				
A COLUMN TO A SECURE A COLUMN TO A COLUMN	ZIN HELOU	estris (Attrieva)	elleechpiskskoieleethis	
megestrol acetate 20 mg		D ()	MEGAGE	
tab, 40 mg tab	1	Preferred	MEGACE	
megestrol acetate 40 mg/ml	_			
susp, 400 mg/10ml susp	2	Preferred	MEGACE	
Folic Acid Antag	onisis Re		igenistas De Aeldos	Olicoj
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		Non-Preferred		
ini, 100 mg inj, 200 mg inj,				
350 ma ini. 500 ma ini	9		LEUCOVORIN	
THE RESERVENCE AND	(I) REATIONS	AMMAN AMMAN	DIERUKATAKAMENYA	
		kaj rigeles pardistriner		
clotrimazole 10 mg				
mouth/throat lozenge, 10 mg				
mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	

1

A.H.A.

Revisado: 18 de mayo de 2017



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
		CIPATS ACENTIC		
The state of the s		mileolos (Minerale	C. D. Kartalbanan and C. D. Construction of the Construction of th	
fludrocortisone acetate 0.1	INE Pares			
mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
Taylor	NGSTUDDĪ		NOSUERESORES	
Company of the Compan	TANK THE PROPERTY OF THE PARTY	costeroids (Gluco	7.4	
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		_ , .	DELEAGONE	
mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
prednisone (pak) 10 mg tab,		D ()	DELTACONE	
5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
hydrocortisone 10 mg tab,		Du. fr	CODTEE	
20 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	CORTEF	
methylprednisolone 16 mg		Droferrad	MEDBOI	
tab, 8 mg tab	2	Preferred	MEDROL	



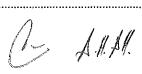
1/1







A	Н	POS DE
• •		The same of the sa
abacavir sulfate14	hydrocortisone	16
abacavir-lamivudine-zidovudine14		
acyclovir13		
ALBENZA13	•	
amoxicillin11	iron	15
amoxicillin-pot clavulanate11	isoniazid	12
ampicillin11	itraconazole	13
ARANESP (ALBUMIN FREE)14, 15		
atovaquone13	K	
azithromycin10		
В	ketoconazole	13
BICILLIN L-A11	_	
		14
C		14
		15
CAPASTAT12		11
ciprofloxacin11, 12	lidocaine viscous	10
ciprofloxacin hcl11		
clarithromycin10	М	
clindamycin hcl11	141	
clotrimazole15	MEDROL	16
cycloserine12	megestrol acetate	15
	methylprednisolone	16
D	methylprednisolone (pak)	16
	minocycline hcl	12
dapsone12		
DARAPRIM13	N	
dexamethasone16	18	
didanosine14	NEBUPENT	13
doxycycline monohydrate12	nevirapine	13
	· ·	13
E	•	16
E.E.S. GRANULES10		
EPIVIR14	Р	
ERYPED 20010	nenicillin a procaine	11
ERYPED 40010		11
ERY-TAB10		16
ERYTHROCIN STEARATE10		16
erythromycin base10	1	16
erythromycin ethylsuccinate10	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	14, 15
ethambutol hcl12		12
F	R	
fluconazole12, 13	RESCRIPTOR	13
fludrocortisone acetate15	rifabutin	12





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

T	
terbinafine hcl 1 TRECATOR 1	
V	
valganciclovir hcl1	3
VIDEX	
Z	
ZIAGEN14	4
zidovudine13, 14	4

J. H. H.





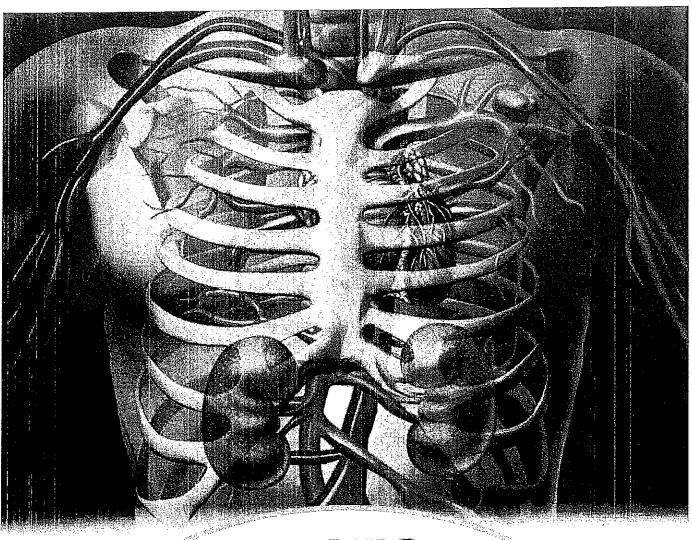






1.11.41.







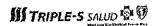
Nefrología



2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG















15-107-08



Hun, Hisarda A, Hatswill Hovarra វិទីស្រីស្រីវិទីស្វា

Sta, desgola M. Aufa Marceto Directors Esciutiva

1 de mayo de 2017

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

Estimado proyection:

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 muevo modelo de servicios integrados del Plan de Solud 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 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.

Lus medicamentos aqui 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 retine periódicamente para evaluar las clases tempénticas y emilir recomendaciones basadas en aspectas clínicos. El FMC es un documento dinámico, el qual puede suffir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en miestra nágina electrónica www.ascspr.org.

Cardialmente.

Angela M. Avila Maurero

Directora Ejecutiva

SUNISTRACIONO Contrato Número



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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

Contrato Número

ros d'

Página 3 de 25

A.A.A.



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

Contrato Número

5 - 0 8 6 H

OROS DE SE

Página 4 de 25

J.H. H.



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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

Contrato Número

8 6H

OUROS DE SP

U

Página 5 de 25

A.H.A.



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

1

Página 6 de 25 Revisado 5/18/2017

A.H.Al.





ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]		14
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]	7030E	14
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]		15
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]		15
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzim	na Convertidora De Angiotens	sin]
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]		15
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos	j	16
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adre	enérgicos Cardioselectivos]	16
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]		
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]		17
Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrené		
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]		
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]		
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPE BENIGNA]	ERTROFIA PROSTÁTICA	
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]		
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	·····	19
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]		19
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]		19
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]		
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]		19
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares]		
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]		19
Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa]		
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].		19
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]		20
Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato]	***************************************	. 20

Página 7 de 25 Revisado 5/18/2017

A.H.Al.



NEFROLOGIA

HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	20
Calcimimetics [Calcimiméticos]	
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	20
Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina]	
IMMUNOSUPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]	
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	
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



AMP.



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

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

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

Drug Name (Nombre del Medicamento)	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPEL	JTIC CATEG	ORY [CATEGOR	ÍA TERAPÉUTICA)	
	Therapeutic	Class [Clase Te	rapéutica]	
	4 (41-0)	SIGS AVAILABLE	(COS)	
Nonsteroidal Anti-Inflam	matory Age	nts (NSAIDS) [An	ti-Inflamatorios No	Esteroidales]
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
indomethacin er 75 mg cap	2	Non-Preferred	INDOCIN	
	Alany Caren	CALESTAPHINGS	TAN ARLAS SESSION	
First Generation C	sphalospori	ns (Cafalosporin	as De Printera ISSI	OIBCIOII]
cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap	1	Preferred	KEFLEX	
cefedroxil 250 mg/5ml susp	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
cephalexin 250 mg/5ml susp	2		KEFLEX	
cefedroxil 500 mg/5ml susp	3	Non-Preferred	DURICEF	AL≤ 12 años



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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

> Página 9 de 25 Revisado 5/18/2017



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	and THE DUTY.
15	\$4,000 - \$4,499	AND TRACION OF STRUCTURE OF STR
16	\$4,500 - \$4,999	
17	\$5,000 - \$5,499	
18	\$5,500 - \$5,999	Gontrato Número
19	\$6,000 - \$6,499	35 3.4
20	\$6,500 - \$6,999	
21	\$7,000 - \$7,499	on S
22	\$7,500 - \$7,999	FOUROS DE SP
23	\$8,000 - \$8,499	ROSDE
24	\$8,500 - \$9,000	
25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

Página 10 de 25 Revisado 5/18/2017





Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE	UTIC CATE	ORY [CATEGOR	(ÍA TERAPÉUTICA]	
	Therapeutic	Class [Clase Te	rapéutica]	
		erjakanyangeras		
Nonsteroloa/Anti-Inflan	imatenya Agje	rië Nepice Ian	ranatorios No	Esteroidales
indomethacin 25 mg cap, 50				
mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
L. M. L. L. L. L. L. L. L. L. L. L. L. L. L.	VIOLEN CONTRACTOR	A STANCE AND	NAME OF THE PROPERTY OF THE PAR	0.0
First Generation C	editales col	ns (Cefalosporin	as De Primera Gen	ración de la Cara
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
	Magre	ilides (Majorellide	s] as a grant of	
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		Durfannad	DIAVIN	
tab	2	Preferred	BIAXIN	
clarithromycin 250 mg/5ml	2	Preferred	BIAXIN	
susp	3	Preferred	DIAMIN	
ERY-TAB 500 mg tab dr	<u> </u>	Prejerred		
XI				
ycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab	3	Preferred	ERY-TAB	
erythromycin ethylsuccinate		110101104		
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		



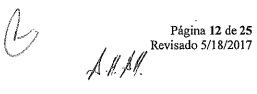
Página 11 de 25 Revisado 5/18/2017





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		
	Penic	Illins [Penicilina		
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		
计是图像的图像图像图像	Quino	augicilities sauce	SI	
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	4	Preferred	CIPRO	
(5%) susp Second Generation.			1	l metación1
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	
Kirkling the Article Probability of	Sulfonai	nides [Sulfonam	idas]	
sulfamethoxazole-tmp ds				
800-160 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
sulfamethoxazole-				
trimethoprim 200-40 mg/5ml			OFFITS.	
susp, 400-80 mg tab	1	Preferred	SEPTRA	
Third Generation C	enhalospori	ns [Cefalosponi	las De l'ercera Gen	atabloti
cefdinir 125 mg/5ml susp,	_		0101055	
300 mg cap	2	Preferred	OMNICEF	
cefdinir 250 mg/5ml susp	3	Preferred	OMNICEF	
			wyelenzystienteros	
Alpha-Glucos	deles e triblici	ors linhibidienes	PEVALENCING SELECTION	id
acarbose 100 mg tab, 25 mg				
tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	
	Elgual	រត្រខែទៅដូច្នៃប្រើការៀត		
metformin hcl 1000 mg tab,	_	D (OLUGODUAGE	
500 mg tab, 850 mg tab	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
metformin hcl er 500 mg tab	4	Preferred	GLUCOPHAGE XR	
er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr	J V	Preiented		/I
Pipeeticy/Pe	1116623-13E			
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		, 10101104		,
tab	3	Preferred		ST, P
		ës (Mezclas De l		
HUMULIN 70/30 (70-30) 100				Per partition and a second sec
unit/ml sc susp	2	Preferred		Р
Miliatili on onch				





Página 13 de 25 Revisado 5/18/2017



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
HUMALOG MIX 75/25 (75-		_		
25) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		Р
HUMALOG MIX 50/50 (50-				
50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		P
	tizing Agent	s [Agentes Sens	ibilizantes De Insuli	
pioglitazone hcl 15 mg tab,			10700	
30 mg tab, 45 mg tab	1	Preferred	ACTOS	
Intermediate-	Acting Insul	ns:(Insulinas De	Duración litermed	ia _{le reserved} cons
HUMULIN N 100 unit/ml sc				
susp	2	Preferred		Р
Lông-A	cting Insulir	is (insulmas De	Larga Duración)	
LANTUS SOLOSTAR 100				
unit/ml subcutaneous				
solution pen-injector	2	Preferred		Р
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		Р
Rapid-A	allocation allocation	st insulmas De l	KapidarDuración	工程 对 有能理
HUMALOG 100 unit/ml				
subcutaneous solution				_
cartridge	2	Preferred		P
HUMALOG 100 unit/ml sc				
soln	3	Preferred		Р
Short-A	cting insulir	silnsulinas Dis.	Goria (Duración)	
HUMULIN R 100 unit/ml inj				_
soln	2	Preferred		P
	r Sülfönyl	ureas (Sulfemiliu	eas	
glimepiride 1 mg tab, 2 mg				
tab, 4 mg tab	11	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
		egya yang sebagaya s		
Miscellan	egijs Anije u	eiles (Abriebe)	nes Niskeanes e	
metoclopramide hcl 10 mg				
tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg				
tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml				
inj soln	1	Preferred	REGLAN	
	TO AC	10		

Contrato Número

GUROS DE SE

W

Página 14 de 25 Revisado 5/18/2017



Southern Charles Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
		CIMBONACIEIII		
	c Blocking /	Vgents i Eloques	dores Alfa Adrener	gieosj – pr
terazosin hcl 1 mg cap, 10				
mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	
Angiotensin II Recepto	r Blockers (Arb) (Antagonis	tas Del Receptor At	igiotensina II
Iosartan 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 Eng			dores De La Enzima	Converticora 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	
Table State of Calcium Channels	Blocking Ag	ents (Bloquead	yes 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 <u> </u>	Preferred	DILACOR XR	

Página 15 de 25 Revisado 5/18/2017

C LIM





Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
1	Preferred	PROCARDIA XL	
1	Preferred	CALAN	
1	Preferred	CALAN SR	
2	Preferred	TIAZAC	
2	Preferred	CARDIZEM CD	
2	Preferred	PROCARDIA XL	
	(ព្រះព្រះទៀត [និស្សារិទេវិទ្ធ	ioressaera Gardios	lectivos)
1	Preferred	TENORMIN	
1	Preferred	LOPRESSOR	
11	Preferred	LOPRESSOR	
2	Preferred	LOPRESSOR	
(C-2	re resembliaves II.		建筑地域市场上海流流
1	Preferred	TENORETIC	
2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
	[Costo Neto] 1 1 1 2 2 2 2 1 1 1 1 1 2 resister file Este series file series	[Costo Neto] 1 Preferred 1 Preferred 2 Preferred 2 Preferred 2 Preferred 3 Preferred 4 Preferred 4 Preferred 5 Preferred 6 Preferred 7 Preferred 1 Preferred 1 Preferred 1 Preferred 1 Preferred 1 Preferred 1 Preferred 2 Preferred 1 Preferred 1 Preferred 2 Preferred 1 Preferred 1 Preferred 2 Preferred 3 Preferred 4 Preferred 5 Preferred 6 Preferred 7 Preferred 1 Preferred	[Costo Neto] Tier [Tier] [Nombre de Referencia] 1 Preferred PROCARDIA XL 1 Preferred CALAN 1 Preferred CALAN SR 2 Preferred TIAZAC 2 Preferred CARDIZEM CD 2 Preferred PROCARDIA XL 3 Hicking Agents Bioqueadores Beta Cardiosi 1 Preferred TENORMIN 1 Preferred LOPRESSOR 1 Preferred LOPRESSOR 2 Preferred LOPRESSOR 1 Preferred TENORETIC 2 Non-Preferred LOPRESSOR 1 Preferred TENORETIC 1 Preferred TENORETIC 1 Preferred LOPRESSOR



J.A.Al.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
	Loop Diure	iics Diureiicos D	Del Asal	
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 Bet	a Blocking /	Oents Bloquead	lores Beta Nö-Sele	clivosje
propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln,		D. famed	INDEDAL	
80 mg tab	1	Preferred	INDERAL INDERAL	
propranolol hcl 60 mg tab	2	Preferred		
Nonselective Beta-Adrer		Selectivos		EITEROIGUSINUS Lacia
The second second second second second second second second second second second second second second second se	njazide Djur	eues (Piureticos	Tjazidas]	
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	
The Wasodilator B	ela iBlockers	[Elegueaderes]	riim Vasodija ailon	
carvedilol 12.5 mg tab, 25				
mg tab, 3.125 mg tab, 6.25			00550	
mg tab	1	Preferred	COREG	
E BENTENEROSIAULE				
The state of the s	4		ines Alfa't Adrenér FLOMAX	OKOS
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	1	Preferred	I LOIVIAA	

Contrato Número

OROS DE SE

Página 17 de 25 Revisado 5/18/2017

J.H. H.





				Requirements/
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Limits [Requerimientos/ Limites]
ACCOUNTS TO THE PROPERTY OF TH	Karini anggan	ev (or de la company de la company de la company de la company de la company de la company de la company de la	DESTRUMENTANTES ANTIGER OF	
	ce Cobala	mins [Cobalamii	nas]	
cyanocobalamin 1000		_		
mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
Erythropolesis-Stir	nulating Age	nts (Agentes Es	limulantes De Eritro)bolesis]
ARANESP (ALBUMIN				
FREE) 100 mcg/0.5ml inj				D. D.
soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj				
soln, 3000 unit/ml inj soln,				DA B
4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN				·
FREE) 25 mcg/0.42ml inj				DA D
soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj				D4 D
soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN				D
FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN		•		
FREE) 40 mcg/ml inj soln,		D ()		ח אח
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	9	Preferred		PA, P
soln	3	1 TOTO I CO		1 2 33 5
PROCRIT 20000 unit/ml inj	9	Preferred		PA, P
SOIN ADANGED (ALDUMINI		1 TOTOTION		. / .) .
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
PROCRIT 40000 unit/ml inj	1 1	1 TOTOTTOG		
1	11	Preferred		PA, P
soln		lates (Folatos)		
folic acid 1 mg tab, 400 mcg	4	Preferred	FOLIC ACID	отс
tab, 800 mcg tab	1 1	Liciciica	I OLIO AOID	010



Página 18 de 25 Revisado 5/18/2017

C AMAI.



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
				1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5	11011 10101103		
INFED 30 Hg/Hi III SOIII	, –	vantusviores avotor		
			eos 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	
		80 yan (STULOS) Iges [Agujas Y.J	PARA DEABELES) ennguillas]	
insulin syringe/needle	1	Preferred		
THE RESERVE OF THE PERSON OF T	រូបស្នាស្រ្តា រូបស្នេងព្រះស្រាប	viiosimisojabi Sadiešiadės	MIC(9)S) De Ajeldos Billares	
cholestyramine 4 gm pckt, 4	3	Preferred	QUESTRAN	
FibricA	eielberlyeiti	es Dentalos e	evA(c)(dlo);ElbT(c(d);s;a	
gemfibrozil 600 mg tab	11	Preferred	LOPID	
Hmg Coa Reductas	e linhibilors	(Inhibitiones)Des	alkeonduse nedi	ine copal specific
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	
	interes (est Pespetot Añse	្ត វិទ្យាស្វីស្វី Antago	age modern på lige Nisias Del Regalion	Deal Polandario
famotidine 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	PEPCID	

Gentrato Número

O S NOS DE SPO

L.11. \$11.

Página 19 de 25 Revisado 5/18/2017



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg				
tab. 75 mg/5ml syr	1	Preferred	ZANTAC	
EMPERED CENTROLIA	nnayay axoo	NENEGENEES	eldan degrafisk valisie)	
Phosph	nate Binder A	(gents (Enlazado	res De Fosfato	
RENVELA 0.8 gm pckt	6	Preferred		PA, P
RENVELA 2.4 gm pckt, 800				
mg tab	7	Preferred		PA, P
calcium acetate 667 mg cap.	3	Non-Preferred	PHOSLO	
HORN	this is a subsection of the state of the sta	NASCEACED AND AND		
THE SECOND SECON	Caldimim	etics (Calcimimé	ticos	
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA
THE REPORT OF THE PERSON NAMED IN	ineralocortic	oids [Mineraloco	inticoldes]	
fludrocortisone acetate 0.1				
mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
The state of the s	ressin Analo	igs (Avialocos D	a vasopiesijisi 🦠 🦠	
desmopressin acetate 4		N. Duckson	DD VVD	
mcg/ml inj soln	2	Non-Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.2	3	Non-Preferred	DDAVP	
mg tab	3	Non-Helened	DD/(VI	
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
Egglish Cycles	PORTE Angli	ogs Análiogos B	e Giclesporina	
cyclosporine modified 25 mg	_		NEODAI	D. A. D.
cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	PA, P
cyclosporine modified 25 mg		D f	MEODAL	PA
cap, 50 mg cap	3	Preferred	NEORAL	PA PA
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		ra, r

Co S.H.All.

Página 20 de 25 Revisado 5/18/2017

SAINISTRACION OF

. Contrato Número





Drug Name [Nombre del	Net Cost [Costo	Tier [Tier]	Reference Name	Requirements/ Limits
Medicamento]	Neto]	Tier [Tier]	Referencia]	[Requerimientos/ Limites]
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,				5.5
100 mg/ml soln, 25 mg cap	6	Preferred		PA, P
cyclosporine modified 100				5.5
mg/ml soln	7	Preferred	NEORAL	PA, P
NEORAL 100 mg/ml soln	7	Preferred		PA, P
G. Carlotte and Carlotte and Carlotte and Carlotte and Carlotte and Carlotte and Carlotte and Carlotte and Car	ucocorticos	féréids [Clueoc	orticoides]	
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			MEDDO	
tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	
methylprednisolone (pak) 4	.	e 1	MEDDO	
mg tab	1	Preferred	MEDROL	
prednisolone 15 mg/5ml	_	D ()		
soln, 15 mg/5ml syr	11	Preferred	PRELONE	
prednisone 1 mg tab, 10 mg				
tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5	,	Duefermed	DELTACONE	
mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
prednisone (pak) 10 mg tab,	,	Dunformed	DELTASONE	
5 mg tab	1	Preferred	DELTASONE	
hydrocortisone 10 mg tab,	,	Droforrad	CORTEF	
20 mg tab, 5 mg tab	2	Preferred	CORTER	
methylprednisolone 16 mg	_	Preferred	MEDROL	
tab, 8 mg tab	2			
Application of the Control of the Co	4		Para Trasplantes]	
azathioprine 50 mg tab	1 1	Preferred	IMURAN	

C AMM.

Página 21 de 25 Revisado 5/18/2017





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
TO THE MAINTERALS &	rirenkoi	VALUES EVER TEURANE	ikay haventolih	
Calcium Res	iulating Age	nis (Agentes Rec	juladores be Caleio	
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/Minera	is Réviacer	nente Reemplazo	De Electrolitos/Mir	ierales] 🚽 🚑 😜
potassium chloride 20				
meg/15ml (10%) oral liquid,				
20 meq/15ml (10%) soln	1	Preferred	KAY-CIEL	
potassium chloride crys er				
10 meg tab er, 20 meg tab				
er	1	Preferred	KLOR-CON	
potassium chloride er 10		_		
meq tab er, 8 meq tab er	11	Preferred	KLOR-CON	
potassium chloride er 10	_		MODOK	
meq cap er, 8 meq cap er	22	Preferred	MICRO-K	
potassium chloride 40	.		IZA ONI OI	
meg/15ml (20%) oral liquid	4	Preferred	KAON CL	
Start Control of the start of t	1	*****	ovedoras De Potas	
kalexate oral pwdr	3	Preferred	KAYEXALATE	
sodium polystyrene				
sulfonate oral pwdr, 15				
gm/60ml susp	3	Preferred	KAYEXALATE	





Página 22 de 25 Revisado 5/18/2017

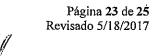




A	E
acarbose13	E.E.S. GRANULES
amlodipine besylate15	ERYPED 200
amoxicillin12	ERYPED 400
amoxicillin-pot clavulanate12	ERY-TAB
ampicillin12	ERYTHROCIN STEARATE
ARANESP (ALBUMIN FREE)18	erythromycin base
atenolol	erythromycin ethylsuccinate
	eryunomyom emysacomate
atenolol-chlorthalidone16	
atorvastatin calcium19	F
azathioprine21	
azithromycin11	famotidine
	fludrocortisone acetate
В	folic acid
,	fosinopril sodium
BICILLIN L-A12	furosemide
bumetanide17	
	G
С	-
C	gemfibrozil
calcitriol22	glimepiride
calcium acetate20	glipizide
carvedilol17	
cefaclor13	
cefadroxil	Н
cefdinir	HUMALOG
cefprozil	HUMALOG MIX 50/50
cephalexin11	HUMALOG MIX 50/50 (50-50)
chlorothiazide17	HUMALOG MIX 30/30 (30-30)
chlorthalidone17	
	HUMALOG MIX 75/25 (75-25)
cholestyramine19	HUMULIN 70/30
ciprofloxacin12, 13	HUMULIN N
ciprofloxacin hcl12	HUMULIN R
clarithromycin11	hydrochlorothiazide
cyanocobalamin18	hydrocortisone
cyclosporine21	
cyclosporine modified20, 21	1
	•
D	indomethacin
	INFED
desmopressin ace spray refrig20	insulin syringe/needle
desmopressin acetate20	iron
desmopressin acetate spray20	
dexamethasone21	K
DEXFERRUM19	iX
diltiazem hcl15	kalexate
diltiazem hcl er15	KOMBIGLYZE XR
diltiazem hcl er beads15, 16	, with the contraction of the co
diltiazem hcl er coated beads15, 16	
dilt-xr	L
DIURIL17	
5141	LANTUS

L	TOS DE
E E Q CDANIII EQ	11
	11
	12
	11
	ARATE11
	11
erythromycin ethylsu	ıccinate11
F	
Г	
famotidino	19
	ate
	18
	15
turosemiae	17
G	
_	
gemfibrozil	19
alimepiride	14
	14
gapizio	
Н	
LH BAALOO	14
	14
	50
	60 (50-50) 100 unit/ml sc susp14
	514
	5 (75-25) 100 unit/ml sc susp14
HUMULIN 70/30	13
HUMULIN N	14
HUMULIN R	14
hydrochlorothiazide	17
	21
,	
1	
indometheein	11
	19
	?19
iron	19
K	
	·
kalexate	22
KOMBIGLYZE XR	13
1	
L	
LANTUS	14







LANTUS SOLOSTAR	14
levofloxacin	12
lisinopril	15
lisinopril-hydrochlorothiazide	15
losartan potassium	15
losartan potassium-hctz	15
P	
M	
MEDROL	21
megestrol acetate	19
metformin hcl	
metformin hcl er	
methylprednisolone	21
methylprednisolone (pak)	21
metoclopramide hcl	14
metolazone	
metoprolol succinate er	16
metoprolol tartrate	16
metoprolol-hydrochlorothiazide	16
mycophenolate mofetil	22
mycophenolic acid	22
N	
NEORAL	20, 21
nifedipine er osmotic	16
Throughto of cornello	
0	
•	
ONGLYZA	13
Р	
penicillin g procaine	12
penicillin v potassium	12
ninalitarana hal	14

potassium chloride	2
potassium chloride crys er	
potassium chloride er	
pravastatin sodium	
prednisolone	2
prednisone	2
prednisone (pak)	2:
PROCRIT	18
propranolol hcl	
pp a	
n	
R	
ranitidine hcl	20
RAPAMUNE	22
RENVELA	20
I Amily & Joseph Difference of the Control of the C	
c	
S	
SANDIMMUNE	22
SENSIPAR	
simvastatin	
sirolimus	
sodium polystyrene sulfonate	22
STIMATE	
sulfamethoxazole-tmp ds	
sulfamethoxazole-trimethoprim	
ourumomonazoro ametropini	
т	
Т	
tacrolimus	22
tamsulosin hcl	
terazosin hcl	
CONCESSOR INSTITUTE OF THE STAT	
V	
·	
verapamil hcl	16
voranamil hel er	



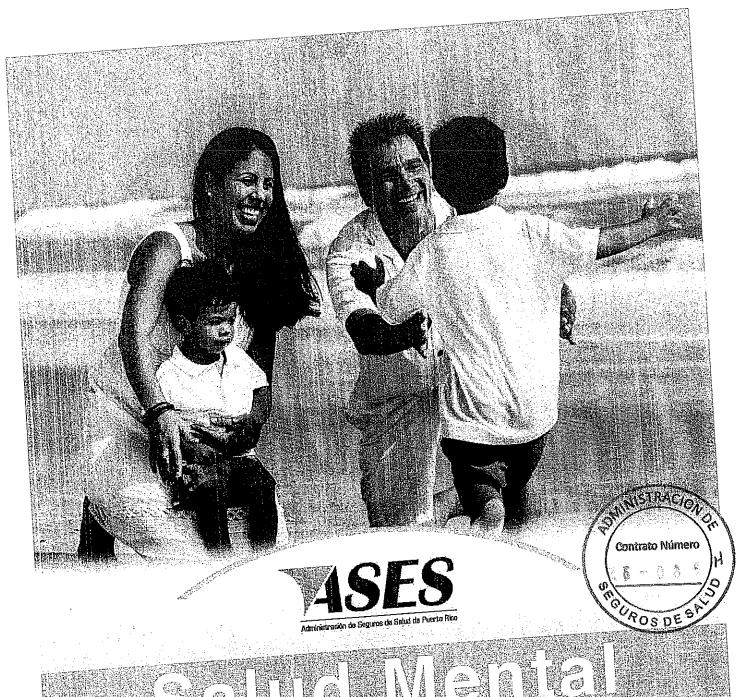


Cab

1.11.11.







CITTONIA METERS

2017 Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG















Hon. Historia A, Rossotti Movarisa Galiarosdair

Sra, Arapila M. Avisi Marrero nimetora Eccelea

1 de mayo de 2017

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

Estinado proveedor:

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

El FMC de Salud Física incluye: Dental, Netrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIII-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental enenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será ntilizado 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 milizado por los médiens primarios (PCP's por sus siglas on inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aqui incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéntica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. Esta comité se reune periódicamente para cyalnar las clases terapénticas y canilir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC es un documento dinámico, el qual puede sufrir cambios, los cuales se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

Les exhorto a conscivar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en mestra página electrónica wyvycasesproru.

Curlinimente,

Angela M. Avila Marrero

Directora Ejecutiva

Contrato Número CUROSDE





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

SHINISTRACION Contrato Número POSDE

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 reune periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

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

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

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

Proceso de Excepción

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

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

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

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.

A.H.H.

Page 3 of 18





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

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

AMAR. C



4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

Contrato Número

Contrato Número

Contrato Número

Contrato Número

Contrato Número

PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

AMA.





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]	
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]	12
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO]	13
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]	13
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]	14
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]	14
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD]	15
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]	15
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]	15
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]	. 15
•	





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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]	
THERAPI	EUTIC CA	TEGORY [CATEG	ORÍA TERAPÉUTICA		
	Therape	eutic Class [Clase	Terapéutica]		ANNISTRACION .
ANTEADED	on(e)Nat	ANISIAGENTA	CONTRACA ADDIC	ONJECTOR	
Ор	oid Antag	jonist (Antagonist	as De Opicides]		77/
buprenorphine hcl 2 mg tab subl. 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA S	Contrato Número
SUBOXONE subl film 2-0.5					
mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3				PA, C	19/
mg	4	Preferred		I FA, C A	
	he tox in	atment I mamier	to the metrox!	2.	POSDES
b-1 100 mg tab	1	Preferred	THIAMINE	QL	300
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 fab	1	Preferred	MOTRIN	QL	
loperamide hcl 2 mg cap	11	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

D LAM.



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		SHINISTRACIONON
15	\$4,000 - \$4,499		AND TON
16	\$4,500 - \$4,999		181
17	\$5,000 - \$5,499		Contrato Número
18	\$5,500 - \$5,999		
19	\$6,000 - \$6,499		1 15 - 0 8 8 11 /
20	\$6,500 - \$6,999		Cal S
21	\$7,000 - \$7,499		FUROS DE SA
22	\$7,500 - \$7,999		NOS DE
23	\$8,000 - \$8,499		
24	\$8,500 - \$9,000		
25	más de \$9,000	Más costoso mensualmente	

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

() A.H.





				TYOSUS
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
THERAPE	UTIC CA	TEGORY [CATEG	ORÍA TERAPÉUTICA	I
	Therape	eutic Class [Clase]	Terapéutica]	
HANDERS OF THE SECOND OF THE SAME AND THE		AND CHERTAN PROPERTY AND CHERT	CONTRADAME	ÓN se Bee
Opi	old Antac	jeniet [Antagonist	as De Opioides]	
buprenorphine hcl 2 mg tab	Sec. Colonia Sec. Sec. Sec. Sec. Sec. Sec. Sec. Sec.			
subl, 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	PA
SUBOXONE subl film 2-0.5				
mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3				
ma	4	Preferred		PA, C
	detoxellic	atin en Estalaniei	TO DE PEIOX	
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	11	Preferred	MOTRIN	QL
Joneramide hol 2 mg cap	1	Preferred	IMODIUM	QL
MATERIA STATE	Kiilay Xi	PERMISSIONER	PARTON BASKURA BIDDAM	
		ialzeninesylsienzoe	lazepines	San Company Company
clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab	11	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	2	Non-Preferred	ATIVAN	
Securing distanting	e 1 Block	ng Ageris (Sedar	tes Elegueadores Hi	stamine all
hydroxyzine pamoate 100				
mg cap, 25 mg cap, 50 mg	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]

1/7

AH.H.

Page 9 of 18



Revisado: 1 de maybod 2017

Comrato Número

			7 [The state of the s
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
		irostsamusidenījā		
Miscellane	ous Antid	epressants (Antid	epresivos Miscelaneo	S.
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	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	
hr 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 Norepine	phrine Mi	obulators Moeula	Cores La Serotonina	
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]

J.H. H.

Page 10 of 18



Revisado: 1 de travo de 2017

Contrato Número

8 8 1

			~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	1081
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
venlafaxine hcl 100mg tab, 25mg tab, 37.5mg tab, 50mg tab, 75mg tab	11	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	
	Tric	yclie Agenis Tide	CIICOS)	
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	
ANDRA ANDRA		olinergies (Antiec	is Avertekelistasion linergicos	
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
		vertorelegendeel		
THE REPORT OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF THE PROPERTY OF				
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]

Vy AHH.



Revisado Hacellayo de 2017

Contrato Número

H

			100	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
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				
	3	Preferred	SEROQUEL	
LATUDA 120 mg tab, 20				
mg tab, 40 mg tab, 60 mg	:		D.4	D
tab, 80 mg tab	4	Preferred	PA	PA, P
quetiapine fumarate 200			00000151	
mg tab	4	Preferred	SEROQUEL	
quetiapine fumarate 300		- ·	CEDOONEL	
mg tab	5	Preferred	SEROQUEL	
quetiapine fumarate 400		D. fd	CEBOOLIEI	
mg tab	6	Preferred	SEROQUEL	
aripriprazole 2 mg tab, 5				4
mg tab, 10 mg tab, 15 mg		Nan Duafarnad	ABILIFY	PA
tab, 20 mg tab, 30 mg tab	7	Non-Preferred	ABILIFY	PA
aripiprazole 1 mg/ml soln	10	Non-Preferred		
100000000000000000000000000000000000000	History		Principal Gareradion)	
fluphenazine hcl 1 mg tab,				
10 mg tab, 2.5 mg tab, 5		Drafarrad	PROLIXIN	
mg tab	1	Preferred	FROLIXIN	
haloperidol 0.5 mg tab, 1				
mg tab, 2 mg tab, 2 mg/ml	1	Preferred	HALDOL	
oral conc	11	Freieneu	TIALDOL	
thioridazine hcl 10 mg tab,	4	Preferred	MELLARIL	
25 mg tab, 50 mg tab	1	Freiened	WILLEYOUL	
thiothixene 1 mg cap, 2 mg	1	Preferred	NAVANE	
cap, 5 mg cap	<u> </u>	Fielelieu	14/74/714	
trifluoperazine hcl mg tab, 2				
mg tab, 5 mg tab, 10 mg	2	Preferred	STELAZINE	
tab	2	Fielened	O I Juntari Vicili Vic	

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

AMAN.





			2	
Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
ablamamazina hal 25 mg		STABLE STANDARDS SERVICE AND SERVICE AND STANDARDS		
chlorpromazine hcl 25 mg	2	Preferred	THORAZINE	
tab	2	Preferred	HALDOL	
haloperidol 5 mg tab		Treletted	HALDOL	
haloperidol decanoate 50	2	Preferred	DECANOATE	1
mg/ml im soln	2	Preferred	MELLARIL	
thioridazine hcl 100 mg tab	2		NAVANE	
thiothixene 10 mg cap	2	Preferred	IVAVAINE	
chlorpromazine hcl 100 mg		5 ( )	TUODAZINE	
tab, 50 mg tab	3	Preferred	THORAZINE	
haloperidol 10 mg tab	3	Preferred	HALDOL	
haloperidol decanoate 100			HALDOL	-
mg/ml im soln	3	Preferred	DECANOATE	
chlorpromazine hcl 200 mg				
tab	4	Preferred	THORAZINE	
haloperidol 20 mg tab	4	Preferred	HALDOL	
NOODS	erik (Nichtlich	eleksansansan ibirak	Treneris de din escablado.	
NEW TOTAL TOTAL CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY OF T	nolar Ad	ents (Agentés Fat	a Bipolaticae	
divalproex sodium 125 mg				
tab dr, 250 mg tab dr, 500				
mg tab dr	1	Preferred	DEPAKOTE	
lamotrigine 100 mg tab, 150		110101100		
mg tab, 200 mg tab, 25 mg	1	Preferred	LAMICTAL	
tab	1	11001104		
lamotrigine chew tab 5 mg,	3	Non-Preferred	LAMICTAL	
25 mg	<u> </u>	NOIFI TOTOTICA		
lithium carbonate 150 mg				
cap, 300 mg cap, 300 mg	4	Preferred	LITHIUM	
tab, 600 mg cap	1	Fielefied	LITTION	
lithium carbonate er 300 mg	,	Droforrad	LITHIUM	
tab er, 450 mg tab er	11	Preferred	LITTION	
olanzapine 10 mg tab, 15				
mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg	,	mosto o al	ZVDDEVA	
tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	1	Preferred	ZYPREXA	
	<u> </u>			ì
quetiapine fumarate 25 mg	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]

A. A. A. Page 13 of 18



Revisado T de madorde 2017

Contrato Número

			( )	
Drug Name [Nombre del . Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
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	2 2	Preferred Preferred	SEROQUEL RISPERDAL	
risperidone 1 mg/ml soln 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	
aripriprazole 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
		viji Atvijs ristico) Inėtaminės (Anfek		
amphetamine- dextroamphetamine 15 mg	2	Preferred	ADDERALL	AL 4-20años
tab, 30 mg tab amphetamine- dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg	<i>L</i>	i idicileu	J Mark has I M. Marker	
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]

(1) A.H.A.P.



Revisado Traco de 2017

Contrato Número

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Limites]
dextroamphetamine sulfate				A. 400 ~
er 15 mg cap er 24 hr	5	Non-Preferred	DEXEDRINE SR	AL 4-20 años
DYANAVEL XR oral susp.			D)(414)(E1 )(D)	PA, AL 6-20
er 2.5 mg/ mL	4	Non-Preferred	DYANAVEL XR	años
ADHD	Non-Am	the first transfer to the second transfer or an arrange and a second	nfetaminas 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	4	Preferred		PA, AL 6-20 años, P
cap, 80 mg cap			ZDITANJENI DA DEN NICENIO)	
	Trees recognition to the second of	iazejones (Benzoc		
	benzon	1846 Pilles (Palley)		
flurazepam hcl 15 mg cap,	1	Preferred	DALMANE	
30 mg cap	I	Treferred	D/ (EIVI) (IVE	
temazepam 15 mg cap, 30	1	Preferred	RESTORIL	
mg cap Miscellaneous Sleep D				S Cel Silens
	Surger	STATE NATIONAL STATES		
doxepin hcl 10 mg cap, 10				
mg/ml oral conc, 25 mg		D	CINITOLIANI	
cap, 50 mg cap, 75 mg cap	1	Preferred	SINEQUAN	
zolpidem tartrate 10 mg	4	Droformad	AMBIEN	
tab, 5 mg tab	1	Preferred	AMDICIN	

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

Vy LAM.





A
ABILIFY14, 17
amitriptyline hcl12
amphetamine-dextroamphetamine17
В
<i>b-1</i> 9
benztropine mesylate13
buprenorphine hcl9
bupropion hcl10, 11
bupropion hcl er (sr)10
bupropion hcl er (xl)11
С
chlorpromazine hcl14, 15
citalopram hydrobromide11
clonazepam9
clonidine hcl9, 18
D
dexmethylphenidate hcl18
dextroamphetamine sulfate18
dextroamphetamine sulfate er18
diazepam
DIAZEPAM INTENSOL
doxepin hcl
DYANAVEL XR
E
escitalopram10
F
fluoxetine hcl
fluphenazine hcl14 flurazepam hcl19
folic acid
Н
haloperidol14, 15
haloperidol decanoate15
hydroxyzine pamoate10

	ROSDE
ihunrofen	9
imipramine hcl	12
•	
L	
lamotriaine	16
lamotrigine chew tab	16
LATUDA	13
	16
	16
	9
lorazepam	10
М	
methylphenidate hcl.	18
methylphenidate soln	18
	10, 11
N	
nortriptyline hcl	12
0	
olanzapine	13, 16
Р	
paroxetine hcl	11
Q	
quetianine fumarate	13, 14, 16, 17
quottapare ratte	, , ,
R	
risperidone	13, 16, 17
S	
portrolino hal	11
sertraline hol oral con:	centrate11
	19
SUBOXONE	9
7	
T	
temazepam	19
	14, 15





thiothixene	venlafaxine hclvenlafaxine hcl er	
V	Z .	
valproic acid16	zolpidem tartrate	1





A.H.A.











J. H. H.