



# Oncología

2019

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

**A B ▲ R C A**





1 de noviembre de 2018

**A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO**

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC) del PSV 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 Vital del Gobierno de PR, que está vigente desde el 1 de noviembre de 2018.

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

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

Los formularios estarán actualizados en la página de ASES, bajo proveedores, en el siguiente enlace: <https://www.asespr.org/i/proveedores-2/>

Cordialmente,



Angela M. Ávila Marrero  
Directora Ejecutiva

## **ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO**

### **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 PSV (FMC) para Salud Física y Salud Mental. 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 PSV 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 PSV.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV 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 PSV.

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

### **2. Proceso de Excepción**

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

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

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

### **3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia**

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

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

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

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

#### **4. Regla de Emergencia**

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

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

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

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

**PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR**  
**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV**  
**2019**

**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO (PSV) .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2019.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL.....	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	10
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] .....	11
ANALGESICS [ANALGÉSICOS] .....	11
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDS) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] .....	11
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración] .....	11
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración] .....	12
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] .....	13
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	13
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .....	13
Macrolides [Macrólidos].....	13
Penicillins [Penicilinas] .....	14
Quinolones [Quinolonas] .....	15
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	15
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] .....	15
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes] .....	15
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS].....	15
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3] .....	15
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	16
Phenothiazines [Fenotiazinas] .....	16
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	16

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

Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones] .....	22
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] .....</b>	<b>22</b>
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] .....	22
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....</b>	<b>22</b>
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina] .....	22
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	22
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes] .....	23
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS] .....</b>	<b>23</b>
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] .....	23



## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2019

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST

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

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

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

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

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

## MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<b>Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración]</b>				
<i>fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	Preferred	DURAGESIC	
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	2	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
<i>fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	3	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	3	Preferred	MORPHINE	
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	3	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	4	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	4	Preferred	MORPHINE	

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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	Preferred	DILAUDID	
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	3	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	Preferred	DILAUDID	
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
Macrolides [Macrólidos]				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
ERY-TAB 500 mg tab dr	3	Preferred		
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		

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

ONCOLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
<b>Penicillins [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Non-Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	Preferred	CIPRO	
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	Preferred	SULFADIAZINE	
<b>ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]</b>				
<b>Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]</b>				
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	
<i>DILANTIN 30 mg cap</i>	2	Preferred		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	NEURONTIN	
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	2	Preferred	DILANTIN	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	Preferred	DILANTIN	
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>				
<b>5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3]</b>				
<i>ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt</i>	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
<i>ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	Preferred	ZOFRAN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	
<i>promethazine hcl 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	Preferred	TIGAN	
<b>Phenothiazines [Fenotiazinas]</b>				
<i>prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]</b>				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	
<b>ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]</b>				
<b>Antifungals [Antifungales]</b>				
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DIFLUCAN	
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	1	Preferred	NIZORAL	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	Preferred	LAMISIL	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	2	Preferred	DIFLUCAN	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
<b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
<b>Cobalamins [Cobalaminas]</b>				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
<b>Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]</b>				
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
<b>Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]</b>				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.3ml inj soln, 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, P
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	11	Preferred		PA, P
<b>Folates [Folatos]</b>				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
<b>Iron [Hierro]</b>				
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>				
<b>Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]</b>				
<i>lomustine 10 mg cap</i>	3	Non-Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred		
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	4	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>lomustine 40 mg cap</i>	5	Non-Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Non-Preferred		
<i>lomustine 100 mg cap</i>	6	Non-Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7	Preferred		
<i>temozolomide 20 mg cap</i>	9	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 250 mg cap</i>	11	Non-Preferred	TEMODAR	PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>temozolomide 140 mg cap</i>	13	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	14	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<b>Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]</b>				
STIVARGA 40 mg tab	21	Preferred		PA, P
<b>Antiandrogens [Antiandrógenos]</b>				
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	Preferred	CASODEX	
<i>flutamide 125 mg cap</i>	4	Non-Preferred	EULEXIN	
<i>abiraterone 250 mg tab</i>	14	Preferred		PA
<b>Antiestrogens [Antiestrógenos]</b>				
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	NOLVADEX	
<b>Antimetabolites [Antimetabolitos]</b>				
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	Preferred	HYDREA	
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	Preferred	PURINETHOL	
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	
<i>capecitabine 150 mg tab</i>	7	Preferred	XELODA	PA
<i>capecitabine 500 mg tab</i>	11	Preferred	XELODA	PA
<b>Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores De Enzimas]</b>				
IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap	25	Preferred		PA, P
<i>imatinib 100 mg tab</i>	13	Preferred	GLEEVEC	PA
AFINITOR 2.5 mg tab	20	Preferred		PA, P
NEXAVAR 200 mg tab	20	Preferred		PA, P
AFINITOR 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	21	Preferred		PA, P
AFINITOR DISPERZ 2 mg oral tab, 3 mg oral tab, 5 mg oral tab		Preferred		PA, P
<i>imatinib 400 mg tab</i>	23	Preferred	GLEEVEC	PA
SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	25	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] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]</b>				
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	Preferred	MEGACE	
<b>Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa]</b>				
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	Preferred	ARIMIDEX	
<b>Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]</b>				
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
<b>Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]</b>				
ELIGARD 7.5 mg kit, 22.5 mg kit, 30 mg kit, 45 mg kit	4	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 45 mg im kit, 7.5 mg im kit	6	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	11	Preferred		PA, P
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	6	Preferred		PA, P
<i>leuprolide acetate 1 mg/ 0.2 ml inj kit</i>	7	Non-preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
<b>Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]</b>				
FIRMAGON 80 mg SC, 120 mg SC	5	Preferred		PA, P
<b>Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]</b>				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
REVLIMID 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap		Non-Preferred		PA
<b>Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]</b>				
<i>etoposide 50 mg cap</i>	4	Non-Preferred	VEPESID	
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]</b>				
<b>Antifungals [Antifungales]</b>				
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	OTC
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>				
<b>Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel]</b>				
<i>fluorouracil 2 % soln, 5 % soln</i>	3	Preferred	EFUDEX	
<i>fluorouracil 5 % crm</i>	4	Non-Preferred	EFUDEX	
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>				
<b>Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]</b>				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]</b>				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	

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

ONCOLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]</b>				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
<b>Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]</b>				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]</b>				
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		PA, P
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	PA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln</i>	4	Preferred	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	5	Preferred	SANDIMMUNE	PA
NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		PA, P
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	PA
NEORAL 100 mg/ml soln	7	Preferred		PA, P
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	
<b>Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]</b>				
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMURAN	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	3	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>MYFORTIC 180 mg tab dr</i>	4	Preferred		PA, P
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
<i>MYFORTIC 360 mg tab dr</i>	6	Preferred		PA, P
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
<i>RAPAMUNE 1 mg/ml soln</i>	8	Non-Preferred		PA
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
<b>Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]</b>				
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	1	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	Preferred	ROCALTROL	

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

## ONCOLOGIA

<b>A</b>		ERYTHROCIN STEARATE .....	13
<i>abiraterone</i> .....	19	<i>erythromycin base</i> .....	13
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	12	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	13
<i>acetaminophen-codeine #2</i> .....	12	<i>etoposide</i> .....	21
<i>acetaminophen-codeine #3</i> .....	12	<b>F</b>	
<i>acetaminophen-codeine #4</i> .....	12	<i>famotidine</i> .....	21
ACTIMMUNE.....	21	<i>fentanyl</i> .....	11
<i>acyclovir</i> .....	17	FIRMAGON .....	20
AFINITOR .....	19	<i>fluconazole</i> .....	16
AFINITOR DISPERZ.....	19	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	22
ALKERAN .....	18	<i>fluorouracil</i> .....	21
<i>amoxicillin</i> .....	14	<i>flutamide</i> .....	19
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	14	<i>folic acid</i> .....	18
<i>ampicillin</i> .....	14	<b>G</b>	
<i>anastrozole</i> .....	20	<i>gabapentin</i> .....	15
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	17, 18	GLEEVEC.....	19
<i>azathioprine</i> .....	23	<b>H</b>	
<i>azithromycin</i> .....	13	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	12
<b>B</b>		<i>hydrocortisone</i> .....	23
<i>bicalutamide</i> .....	19	<i>hydromorphone hcl</i> .....	12, 13
BICILLIN L-A .....	14	<i>hydroxyurea</i> .....	19
<b>C</b>		<b>I</b>	
<i>calcitriol</i> .....	23	IBRANCE .....	19
<i>capecitabine</i> .....	19	<i>ibuprofen</i> .....	11
CARAFATE.....	21	<i>imatinib</i> .....	19
<i>ciprofloxacin</i> .....	15	<i>indomethacin</i> .....	11
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	15	INFED.....	18
<i>clarithromycin</i> .....	13	<i>iron</i> .....	18
<i>clotrimazole</i> .....	21	<b>K</b>	
<i>codeine sulfate</i> .....	12	<i>ketoconazole</i> .....	16
<i>cyanocobalamin</i> .....	17	<b>L</b>	
<i>cyclosporine</i> .....	22	<i>leucovorin calcium</i> .....	20
<i>cyclosporine modified</i> .....	22	LEUKERAN .....	18
<b>D</b>		leuprolide acetate .....	20
<i>dapsone</i> .....	16	<i>levofloxacin</i> .....	15
<i>dexamethasone</i> .....	22	<i>lidocaine viscous</i> .....	13
DEXFERRUM.....	18	<i>lomustine</i> .....	18
DILANTIN.....	15	LUPRON DEPOT .....	20
<b>E</b>		LUPRON DEPOT-PED.....	20
E.E.S. GRANULES.....	14		
ELIGARD .....	20		
ERYPED 200.....	14		
ERYPED 400.....	14		
ERY-TAB.....	13		



## ONCOLOGIA

### M

MATULANE .....	20
MEDROL .....	22
megestrol acetate .....	20
meloxicam .....	11
meperidine hcl .....	12
mercaptopurine .....	19
methotrexate .....	19
methylprednisolone .....	22, 23
methylprednisolone (pak) .....	23
metoclopramide hcl .....	16
misoprostol .....	21
morphine sulfate .....	12
morphine sulfate (concentrate) .....	13
morphine sulfate er .....	11, 12
mycophenolate mofetil .....	23
mycophenolic acid .....	23
MYLERAN .....	18

### N

nabumetone .....	11
naproxen .....	11
naproxen dr .....	11
NEORAL .....	22
NEULASTA .....	17
NEUPOGEN .....	17
NEXAVAR .....	19
nystatin .....	21

### O

omeprazole .....	22
ondansetron .....	15
ondansetron hcl .....	15
oxycodone hcl .....	11
oxycodone-acetaminophen .....	12, 13

### P

penicillin g procaine .....	14
-----------------------------	----

penicillin v potassium .....	14
phenytoin .....	15
phenytoin sodium extended .....	15
prednisolone .....	23
prednisone .....	23
prednisone (pak) .....	23
prochlorperazine .....	16
prochlorperazine edisylate .....	16
prochlorperazine maleate .....	16
PROCRIPT .....	17, 18
promethazine hcl .....	16

### R

ranitidine hcl .....	21
RAPAMUNE .....	23
REVLIMID .....	21

### S

sirolimus .....	23
STIVARGA .....	19
sucralfate .....	21
sulfadiazine .....	15
sulfamethoxazole-tmp ds .....	15
sulfamethoxazole-trimethoprim .....	15
sulindac .....	11
SUTENT .....	19

### T

tacrolimus .....	23
tamoxifen citrate .....	19
temozolomide .....	18, 19
terbinafine hcl .....	16
tramadol hcl .....	12
trimethobenzamide hcl .....	16

### Z

ZOLADEX .....	20
---------------	----

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



Línea libre de cargos  
**1-800-981-2737**  
TTY 787-474-3389

