



Oncología

2021

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B ▲ R C A



18-106-005



1 de mayo de 2021

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

Estimado proveedor:

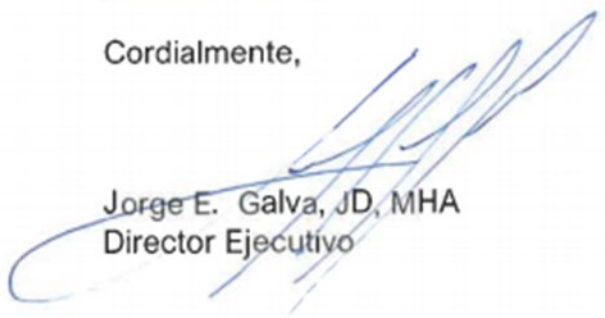
A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El FMC de Salud mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El subformulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios 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, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

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

Cordialmente,


Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

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 (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente 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 y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. 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 **deberán incluir al menos uno de los siguientes criterios:**

- 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
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del médico que prescribe, con las razones clínicas que justifiquen la solicitud y 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. Las solicitudes de excepción deberán ser manejadas por las aseguradoras contratadas en 24 horas o menos, siempre y cuando cuenten con la información completa necesaria para completar la evaluación. **Para la aprobación del medicamento solicitado, siempre se considerará la presentación genérica bioequivalente, de existir.** Les exhortamos a proveer toda la información necesaria para que este proceso no se retrase.

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 (Manage Care Organizations o “MCOs”), 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. 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.

k. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 24 horas o menos.

l. 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, 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 aseguradora 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
2021

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2021	9
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	10
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA].....	11
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	11
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDS) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	11
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración].....	11
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración].....	12
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]	13
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]	13
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS]	13
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides].....	13
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]	13
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS].....	13
Macrolides [Macrólidos].....	13
Penicillins [Penicilinas]	14
Quinolones [Quinolonas]	15
Sulfonamides [Sulfonamidas]	15
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES].....	15
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]	15
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS].....	16

5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3].....	16
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	16
Phenothiazines [Fenotiazinas]	16
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	16
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	16
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....	17
Antifungals [Antifungales].....	17
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	17
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	17
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	17
Cobalamins [Cobalaminas]	17
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides].....	17
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]	18
Folates [Folatos]	19
Iron [Hierro]	19
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS].....	19
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]	19
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis].....	20
Antiandrogens [Antiandrógenos].....	20
Antiestrogens [Antiestrógenos]	20
Antimetabolites [Antimetabolitos]	20
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos]	21
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores De Enzimas]	21
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina].....	22
Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa]	22
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico].....	22
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh].....	22
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]	23
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos].....	23
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos].....	23
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]	23
Antifungals [Antifungales].....	23

DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	23
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel]	23
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]	24
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	24
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]	24
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones].....	24
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES].....	24
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	24
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	24
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]	24
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides].....	25
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]	25
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	26
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio].....	26

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2021

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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	
indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap	1	Non-Preferred	INDOCIN	
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	
sulindac 150 mg tab, 200 mg tab	1	Preferred	CLINORIL	
celecoxib 50 mg cap	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

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

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

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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	
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opioides, Larga Duración]				
<i>fentanyl 12 mcg/hr td patch 72 hr, 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	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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 30 mg tab er</i>	4	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	Preferred	MORPHINE	
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=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	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	2	Preferred	PERCOCET	QL=15 días No refills
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	Preferred	DILAUDID	
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	Preferred	DILAUDID	
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS]				
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides]				
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	Preferred	REVIA	
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]				
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	NARCAN	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
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	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
<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		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
Penicillins [Penicilinas]				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
<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	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Preferred		
Quinolones [Quinolonas]				
<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	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
<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	
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	NEURONTIN	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
<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	
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3]				
<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	
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	
<i>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	
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
<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	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • 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]
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]				
Antifungals [Antifungales]				
<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	
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
<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	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Cobalamins [Cobalaminas]				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, P
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, P
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA, P
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	9	Preferred		PA, C
NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr	9	Preferred		PA, C
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	9	Preferred		PA, C
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln,	9	Preferred		PA, C

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 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]
ZIEXTENZO 6 mg/0.6ml sc soln pfs	12	Non-Preferred		PA
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 2000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 3000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 4000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, P
RETACRIT 20000 unit/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]

ONCOLOGIA

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

ONCOLOGIA

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
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]				
STIVARGA 40 mg tab	21	Preferred		PA, P
Antiandrogens [Antiandrógenos]				
<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
Antiestrogens [Antiestrógenos]				
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	NOLVADEX	
Antimetabolites [Antimetabolitos]				
<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
<i>methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 1gm/40ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 250mg/10ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 1g recon inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 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]
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos]				
RUXIENCE 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	13	Preferred		PA, C
TRUXIMA 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	16	Preferred		PA
RITUXAN 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	17	Preferred		PA, C
AVASTIN 100 mg/4ml iv soln, 400 mg/16ml iv soln	17	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
MVASI 100mg/4ml, 400mg/16ml iv sol	17	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
HERCEPTIN 150 mg iv soln, 440 mg iv soln	21	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
KANJINTI 150 mg iv soln, 420 mg iv soln	21	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA, C
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores De Enzimas]				
<i>imatinib</i> 100 mg tab	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
<i>imatinib</i> 400 mg tab	23	Preferred	GLEEVEC	PA
AFINITOR DISPERZ 2 mg oral tab, 3 mg oral tab, 5 mg oral tab		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]
IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap	25	Preferred		PA, P
IBRANCE 75 mg tab, 100 mg tab, 125 mg tab	25	Preferred		PA, P
SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	25	Preferred		PA, P
VENCLEXTA 10 mg tab, 100 mg tab, 50 mg tab	25	Non-preferred		PA
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 mg tab pack	25	Non-preferred		PA
VERZENIO 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	25	Preferred		PA, P
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]				
<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	
Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa]				
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	Preferred	ARIMIDEX	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]				
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]				
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

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
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
leuprolide acetate 1 mg/ 0.2 ml inj kit	7	Non-preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]				
FIRMAGON 80 mg SC, 120 mg SC	5	Preferred		PA, P
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
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
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]				
etoposide 50 mg cap	4	Non-Preferred	VEPESID	
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	OTC
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp	1	Preferred	MYCOSTATIN	
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel]				
fluorouracil 2 % soln, 5 % soln	3	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	4	Non-Preferred	EFUDEX	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
<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		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
<i>cimetidine hcl 300 mg/ml sol,</i>	1	Preferred	TAGAMET	
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]				
<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
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]				
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

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – 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]
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	PA
NEORAL 100 mg/ml soln	7	Preferred		PA, P
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]				
<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
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		PA, P
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	Non-Preferred	PROGRAF	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]

ONCOLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	PA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6	Preferred		PA, P
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Non-Preferred	PROGRAF	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		PA
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]				
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	1	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	Preferred	ROCALTROL	

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

A

<i>abiraterone</i>	20
<i>acetaminophen-codeine</i>	12
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	12
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	12
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	12
ACTIMMUNE.....	23
<i>acyclovir</i>	17
AFINITOR.....	21
AFINITOR DISPERZ	21
ALKERAN.....	19
<i>amoxicillin</i>	14
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	14, 15
<i>ampicillin</i>	14
<i>anastrozole</i>	22
ARANESP (ALBUMIN FREE)	18, 19
AVASTIN	21
<i>azathioprine</i>	25
<i>azithromycin</i>	13

B

<i>bicalutamide</i>	20
BICILLIN L-A.....	15

C

<i>calcitriol</i>	26
<i>capecitabine</i>	20
CARAFATE.....	24
<i>cimetidine hcl</i>	24
<i>ciprofloxacin</i>	15
<i>ciprofloxacin hcl</i>	15
<i>clarithromycin</i>	13, 14
<i>clotrimazole</i>	23
<i>codeine sulfate</i>	12
<i>cyanocobalamin</i>	17
<i>cyclosporine</i>	24, 25
<i>cyclosporine modified</i>	24

D

<i>dapsone</i>	16
<i>dexamethasone</i>	25
DEXFERRUM.....	19
DILANTIN	15

E

E.E.S. GRANULES.....	14
ELIGARD.....	22
ERYPED 200.....	14

ERYPED 400	14
ERY-TAB.....	14
ERYTHROCIN STEARATE	14
<i>erythromycin base</i>	14
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	14
<i>etoposide</i>	23

F

<i>famotidine</i>	24
<i>fentanyl</i>	11
FIRMAGON.....	23
<i>fluconazole</i>	17
<i>fludrocortisone acetate</i>	24
<i>fluorouracil</i>	23
<i>flutamide</i>	20
<i>folic acid</i>	19

G

<i>gabapentin</i>	15
-------------------------	----

H

HERCEPTIN	21
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	12
<i>hydrocortisone</i>	25
<i>hydromorphone hcl</i>	12, 13
<i>hydroxyurea</i>	20

I

IBRANCE	22
<i>ibuprofen</i>	11
<i>imatinib</i>	21
<i>indomethacin</i>	11
INFED	19
<i>iron</i>	19

K

KANJINTI	21
<i>ketoconazole</i>	17

L

<i>leucovorin calcium</i>	22
LEUKERAN.....	19
<i>leuprolide acetate</i>	23
<i>levofloxacin</i>	15
<i>lidocaine viscous</i>	13
<i>lomustine</i>	19
LUPRON DEPOT.....	22, 23
LUPRON DEPOT-PED.....	23

ONCOLOGIA

M

MATULANE.....	23
MEDROL.....	25
megestrol acetate.....	22
meloxicam.....	11
meperidine hcl.....	12
mercaptopurine.....	20
methotrexate.....	20
methylprednisolone.....	25
methylprednisolone (pak).....	25
metoclopramide hcl.....	16
misoprostol.....	24
morphine sulfate.....	12, 13
morphine sulfate (concentrate).....	13
morphine sulfate er.....	11, 12
MVASI.....	21
mycophenolate mofetil.....	25
mycophenolic acid.....	25, 26
MYLERAN.....	19

N

nabumetone.....	11
naloxone hcl.....	13
naltrexone hcl.....	13
naproxen.....	11
naproxen dr.....	11
NEORAL.....	24, 25
NEULASTA.....	17
NEUPOGEN.....	17
NEXAVAR.....	21
NIVESTYM.....	17
nystatin.....	23

O

omeprazole.....	24
ondansetron.....	16
ondansetron hcl.....	16
oxycodone hcl.....	11
oxycodone-acetaminophen.....	12, 13

P

penicillin g procaine.....	15
penicillin v potassium.....	14
phenytoin.....	16
phenytoin sodium extended.....	16

prednisolone.....	25
prednisone.....	25
prednisone (pak).....	25
prochlorperazine.....	16
prochlorperazine edisylate.....	16
prochlorperazine maleate.....	16
PROCRT.....	18, 19
promethazine hcl.....	16

R

RAPAMUNE.....	26
RETACRIT.....	18
REVLIMID.....	23
RITUXAN.....	21
RUXIENCE.....	21

S

sirolimus.....	26
STIVARGA.....	20
sucralfate.....	24
sulfadiazine.....	15
sulfamethoxazole-tmp ds.....	15
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	15
sulindac.....	11
SUTENT.....	22

T

tacrolimus.....	25, 26
tamoxifen citrate.....	20
temozolomide.....	19, 20
terbinafine hcl.....	17
tramadol hcl.....	12
trimethobenzamide hcl.....	16
TRUXIMA.....	21

V

VENCLEXTA.....	22
VENCLEXTA STARTING PACK.....	22
VERZENIO.....	22

Z

ZIEXTENZO.....	18
ZOLADEX.....	23

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



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

