



NEFROLOGÍA

2023

Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) del Plan de Salud Vital



GOBIERNO DE PUERTO RICO

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Directora Ejecutiva | Edna Y. Marín Ramos | emarin@asespr.org

9 de marzo de 2023

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

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Listados de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) 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 PDL 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 profesionales 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,

Edna Y. Marín Ramos, MA
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 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 Listado de Medicamento Preferidos (PDL, por sus siglas en ingles) 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 PDL del PSV a través de su Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM). 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 PDL 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 PDL, 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 PDL;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el PDL;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en PDL
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el PDL.

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 PDL, 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 PDL en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.

D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán regirse por un formulario distinto al PDL, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el PDL 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 medicamento 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 doce (12) 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

LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV
 2023

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.....	Error! Bookmark not defined.
DISEÑO DEL FORMULARIO DE LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2023	Error! Bookmark not defined.
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	Error! Bookmark not defined.
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	Error! Bookmark not defined.
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	11
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]	11
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	11
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]	11
Macrolides [Macrólidos].....	11
Penicillins [Penicilinas]	12
Quinolones [Quinolonas]	13
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación].....	13
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	13
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]	13
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	13
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]	13
Biguanides [Biguanidas].....	13
Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4].....	14
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]	14
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin].....	14
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]	14
Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]	14
Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]	14

NEFROLOGIA

Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]	15
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]	15
Sulfonylureas [Sulfonilureas]	15
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS].....	15
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	15
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS].....	15
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	15
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin]	16
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio].....	16
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos].....	17
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	17
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]	18
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	18
Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos No-Selectivos]	18
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	18
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores].....	18
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]	18
Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa1-Adrenérgicos].....	18
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	19
Cobalamins [Cobalaminas].....	19
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]	19
Folates [Folatos].....	20
Iron [Hierro].....	20
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS].....	20
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina].....	20
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]	20
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]	20
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	20
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares].....	20

Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico].....	20
Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa].....	21
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	21
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].....	21
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]	21
Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato]	21
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	21
Calcimimetics [Calcimiméticos].....	21
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	21
Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina]	21
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	22
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina].....	22
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	22
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes].....	23
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	23
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]	23
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo De Electrolitos/Minerales]	23
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras De Potasio]	24

DISEÑO DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2023

Los medicamentos que aparecen en el PDL 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 PDL.

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

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	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	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>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<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 PDL se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

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

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

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 PDL.

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>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	INDOCIN	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2		KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
Macrolides [Macrólidos]				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
<i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>	3	Preferred		
<i>XI ycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
<i>ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab</i>	4	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]

NEFROLOGIA

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		
Penicillins [Penicilinas]				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	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		

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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	
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]				
<i>ceftazidime 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	
Sulfonamides [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	
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]				
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	Preferred	PRECOSE	
Biguanides [Biguanidas]				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE XR	

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Dipeptidyl Peptidase-4 (Dpp-4) Inhibitors [Inhibidores De Dpp-4]				
JENTADUETO 2.5-500 mg tab, 2.5-850 mg tab, 2.5-1000 mg tab	4	Preferred		ST
JENTADUETO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr	4	Preferred		ST
TRADJENTA 5 mg tab	4	Preferred		ST
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		
Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	2	Preferred		
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		
Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml subcutaneous solution cartridge	2	Preferred		
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]				
JARDIANCE 10 mg tab, 25 mg tab	5	Preferred		PA
SYNJARDY 5-500 mg tab, 5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab, 12.5-1000 mg tab	5	Preferred		PA
SYNJARDY XR 5-1000 mg tab, 10-1000 mg tab, 12.5-1000 mg tab, 25-1000 mg tab	5	Preferred		PA
TRIJARDY XR 5-2.5-1000 mg tab, 10-5-1000 mg tab, 12.5-2.5-1000 mg tab, 25-5-1000 mg tab	5	Preferred		PA
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	
Angiotensin II Receptor Blockers (Arb) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	COZAAR	
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	HYZAAR	
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin]				
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MONOPRIL	
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTRIL	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]				
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NORVASC	
<i>diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	PROCARDIA XL	
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	CALAN	

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er</i>	1	Preferred	CALAN SR	
<i>diltiazem hcl er beads 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr, 360 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	PROCARDIA XL	
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	LOPRESSOR	
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Preferred	LOPRESSOR HCT	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Preferred	LOPRESSOR HCT	

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]				
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	BUMEX	
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
Nonselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos No-Selectivos]				
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	DIURIL	
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	HYGROTON	
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		
<i>hydrochlorothiazide 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZAROXOLYN	
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	2	Preferred	HYGROTON	
<i>metolazone 10 mg tab</i>	2	Preferred	ZAROXOLYN	
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]				
Alpha 1-Adrenoceptor Antagonists [Bloqueadores Alfa1-Adrenérgicos]				
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	Preferred	FLOMAX	

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Cobalamins [Cobalaminas]				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	11	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]

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
RETACRIT 2000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 3000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 4000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 20000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
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	Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5			
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
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	
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]				
<i>insulin syringe/needle</i>	1	Preferred	.	
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares]				
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fibrico]				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Hmg Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa]				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	PRAVACHOL	
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i>	2	Preferred	PRAVACHOL	
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]				
Phosphate Binder Agents [Enlazadores De Fosfato]				
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	4	Preferred	RENVELA	PA
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt</i>	7	Preferred	RENVELA	PA
<i>calcium acetate 667 mg cap.</i>	3	Preferred	PHOSLO	
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Calcimimetics [Calcimiméticos]				
<i>cinacalcet 30 mg tab</i>	4	Preferred	SENSIPAR	PA
<i>cinacalcet 60 mg tab, 90 mg tab</i>	5	Preferred	SENSIPAR	PA
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
Vasopressin Analogs [Análogos De Vasopresina]				
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DDAVP	

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	3	Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln</i>	4	Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab</i>	4	Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln</i>	4	Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Preferred		PA
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]				
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	PA
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	5	Preferred	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	PA
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	

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	3	Preferred	PROGRAF	PA
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	Preferred	PROGRAF	PA
<i>mycophenolic acid 180 mg tab dr</i>	5	Preferred	MYFORTIC	PA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	Preferred	RAPAMUNE	PA
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Preferred	PROGRAF	PA
<i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>	7	Preferred	MYFORTIC	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	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	
<i>calcitriol 1 mcg/ml soln</i>	5	Preferred	ROCALTROL	
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo De Electrolitos/Minerales]				
<i>potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln</i>	1	Preferred	KAY-CIEL	
<i>potassium chloride crys er 10 meq tab er, 20 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq tab er, 8 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	

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

NEFROLOGIA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er</i>	2	Preferred	MICRO-K	
<i>potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral liquid</i>	4	Preferred	KAON CL	
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras De Potasio]				
<i>kalexate oral pwdr</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral pwdr, 15 gm/60ml susp</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	

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

NEFROLOGIA

A		<i>diltiazem hcl er beads</i> 16
<i>acarbose</i> 13		<i>diltiazem hcl er coated beads</i> 16, 17
<i>amlodipine besylate</i> 16		<i>dilt-xr</i> 16
<i>amoxicillin</i> 12		DIURIL 18
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 12		E
<i>ampicillin</i> 12		E.E.S. GRANULES 12
ARANESP (ALBUMIN FREE) 19		ERYPED 200 12
<i>atenolol</i> 17		ERYPED 400 12
<i>atenolol-chlorthalidone</i> 17		ERY-TAB 11
<i>atorvastatin calcium</i> 20		ERYTHROCIN STEARATE 11
<i>azathioprine</i> 23		<i>erythromycin base</i> 11
<i>azithromycin</i> 11		<i>erythromycin ethylsuccinate</i> 11
B		F
BICILLIN L-A 12		<i>famotidine</i> 21
<i>bumetanide</i> 17		<i>fludrocortisone acetate</i> 21
C		<i>folic acid</i> 20
<i>calcitriol</i> 23		<i>fosinopril sodium</i> 16
<i>calcium acetate</i> 21		<i>furosemide</i> 17
<i>carvedilol</i> 18		G
<i>cefaclor</i> 13		<i>gemfibrozil</i> 20
<i>cefadroxil</i> 11		<i>glimepiride</i> 15
<i>cefdinir</i> 13		<i>glipizide</i> 15
<i>cefprozil</i> 13		H
<i>cephalexin</i> 11		HUMALOG 14
<i>chlorothiazide</i> 18		HUMALOG MIX 50/50 14
<i>chlorthalidone</i> 18		HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp 14
<i>cholestyramine</i> 20		HUMALOG MIX 75/25 14
<i>cimetidine hcl</i> 21		HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp 14
<i>cinacalcet</i> 21		HUMULIN 70/30 14
<i>ciprofloxacin</i> 13		HUMULIN N 14
<i>ciprofloxacin hcl</i> 13		HUMULIN R 15
<i>clarithromycin</i> 11		<i>hydrochlorothiazide</i> 18
<i>cyanocobalamin</i> 18		<i>hydrocortisone</i> 22
<i>cyclosporine</i> 22		I
<i>cyclosporine modified</i> 22		<i>indomethacin</i> 11
D		INFED 20
<i>desmopressin ace spray refrig</i> 21		<i>insulin syringe/needle</i> 20
<i>desmopressin acetate</i> 21		<i>iron</i> 20
<i>desmopressin acetate spray</i> 22		
<i>dexamethasone</i> 22		
DEXFERRUM 20		
<i>diltiazem hcl er</i> 16		

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

NEFROLOGIA

J		<i>penicillin v potassium</i>	12
JARDIANCE	14	<i>pioglitazone hcl</i>	14
JENTADUETO	14	<i>potassium chloride</i>	23
JENTADUETO XR.....	14	<i>potassium chloride crys er</i>	23
K		<i>potassium chloride er</i>	23
<i>kalexate</i>	23	<i>pravastatin sodium</i>	20, 21
L		<i>prednisolone</i>	22
LANTUS	14	<i>prednisone</i>	22
LANTUS SOLOSTAR.....	14	<i>prednisone (pak)</i>	22
<i>levofloxacin</i>	13	PROCRIT.....	19
<i>lisinopril</i>	16	<i>propranolol hcl</i>	18
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	16	R	
<i>losartan potassium</i>	15	RAPAMUNE	23
<i>losartan potassium-hctz</i>	15	RETACRIT.....	19, 20
M		S	
MEDROL.....	22	<i>sevelamer</i>	21
<i>megestrol acetate</i>	20	<i>simvastatin</i>	21
<i>metformin hcl</i>	13	<i>sirolimus</i>	23
<i>metformin hcl er</i>	13	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	24
<i>methylprednisolone</i>	22	STIMATE	22
<i>methylprednisolone (pak)</i>	22	<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	13
<i>metoclopramide hcl</i>	15	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	13
<i>metolazone</i>	18	SYNJARDY	15
<i>metoprolol succinate er</i>	17	SYNJARDY XR.....	15
<i>metoprolol tartrate</i>	17	T	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	17	<i>tacrolimus</i>	23
<i>mycophenolate mofetil</i>	23	<i>tamsulosin hcl</i>	18
<i>mycophenolic acid</i>	23	<i>terazosin hcl</i>	15
N		TRADJENTA	14
<i>nifedipine er osmotic</i>	16, 17	TRIJARDY XR.....	15
P		V	
<i>penicillin g procaine</i>	12	<i>verapamil hcl</i>	16
		<i>verapamil hcl er</i>	16

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

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos

1-800-981-2737

TTY 787-474-3389

