



# SALUD FÍSICA

## 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.

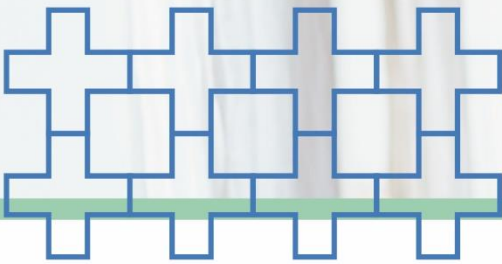
l. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### **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.



# SALUD FÍSICA

## 2023

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

**PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR**  
**LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV**  
**2023**

**TABLA DE CONTENIDO**

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2023 .....	16
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] .....	18
ANALGESICS [ANALGÉSICOS] .....	18
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	18
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración].....	18
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración].....	19
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] .....	20
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	20
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS].....	20
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides].....	20
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides].....	20
ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD] .....	20
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	20
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos].....	21
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .....	21
Aminoglycosides [Aminoglucósidos].....	21
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación] .....	21
Macrolides [Macrólidos].....	21
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] .....	22
Quinolones [Quinolonas] .....	23
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación] .....	24
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	24
Tetracyclines [Tetraciclinas].....	24
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación] .....	24
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales].....	25

ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] .....	25
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes] .....	25
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA] .....	27
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia] .....	27
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa] .....	27
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA] .....	27
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS] .....	27
Antidepressants [Antidepresivos] .....	27
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS] .....	28
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa] .....	28
Biguanides [Biguanidas] .....	28
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4] .....	28
GLP-1 receptor agonist [Agonistas del receptor GLP-1] .....	28
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos] .....	28
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas] .....	29
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin] .....	29
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia] .....	29
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración] .....	29
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración] .....	29
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa] .....	29
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración] .....	30
Sulfonylureas [Sulfonilureas] .....	30
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES] .....	30
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas] .....	30
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] .....	30
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3] .....	30
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	30
Phenothiazines [Fenotiazinas] .....	31
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA] .....	31
Antigout Agents [Agentes Antigota] .....	31
Uricosurics [Uricosúricos] .....	31
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS] .....	31



Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos].....	31
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	31
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II] .....	32
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin] .....	32
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio] .....	32
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica] .....	33
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos].....	33
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] .....	33
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa] .....	34
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	34
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio] .....	34
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas] .....	34
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores].....	35
Vasodilators [Vasodilatadores] .....	35
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA].....	35
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos] .....	35
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina] .....	35
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS].....	36
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos] .....	36
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	36
Antituberculars [Antituberculosos].....	36
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos] .....	36
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....	37
Antifungals [Antifungales] .....	37
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales].....	37
Antimalarials [Antimaláricos] .....	37
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalarácicos].....	37
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS] .....	37
Anthelmintics [Antihelmínticos] .....	37
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] .....	38
Anticholinergics [Anticolinérgicos].....	38
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson] .....	38

Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina] .....	38
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B] .....	39
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] .....</b>	<b>39</b>
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza] .....	39
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus] .....	39
Anti-hepatitis B (hvb) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)] .....	39
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)] .....	39
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....	39
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales] .....	39
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa] .....	40
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos] .....	40
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa] .....	40
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa] .....	41
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA] .....</b>	<b>41</b>
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa] .....	41
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	42
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .....</b>	<b>42</b>
Anticoagulants [Anticoagulantes] .....	42
Cobalamins [Cobalaminas] .....	42
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides] .....	42
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis] .....	43
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa] .....	44
Folates [Folatos] .....	44
Iron [Hierro] .....	44
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular] .....	45
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas] .....	45
<b>BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA] .....</b>	<b>45</b>
Bisphosphonates [Bifosfonatos] .....	45
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES] .....</b>	<b>45</b>
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II] .....	45
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A] .....	46

Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	46
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	46
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III].....	46
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente] .....	46
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos].....	46
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar] .....	47
Vasodilators [Vasodilatadores].....	47
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL] .....</b>	<b>47</b>
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple] .....	47
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS].....</b>	<b>48</b>
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes].....	48
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis].....	48
Antiandrogens [Antiandrógenos].....	49
Antiestrogens [Antiestrógenos] .....	49
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal] .....	49
Antimetabolites [Antimetabolitos].....	49
Antineoplastic -Antibodies [ Anticuerpo Antineoplásticos].....	50
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores de Enzimas] .....	50
Appetite Stimulants [Estimulantes de Apetito].....	51
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa].....	51
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico] .....	51
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH] .....	51
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH] .....	52
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásticos Misceláneos] .....	52
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos].....	52
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] .....</b>	<b>52</b>
Antifungals [Antifungales] .....	52
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales] .....	53
Xerostomia [Xerostomía].....	53
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] .....</b>	<b>53</b>
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné].....	53
Acne Products [Productos para el Acné] .....	53

Antihistamines [Antihistamínicos] .....	53
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea] .....	53
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos].....	54
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel] .....	54
Eczema Agents [Agentes para Eczema] .....	54
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia].....	54
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia].....	54
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia].....	54
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia].....	55
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas] .....	55
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel] .....	55
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos] .....	55
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos].....	55
Warts [Verrugas].....	55
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	55
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Ácidos Biliares].....	55
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico].....	56
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA] .....	56
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES].....	56
Antispasmodics [Antiespasmódicos] .....	56
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras] .....	56
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas] .....	56
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2] .....	56
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos] .....	57
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones] .....	57
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales] .....	57
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS] .....	57
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos].....	57
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato].....	57
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios].....	57
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios] .....	57
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS].....	58

Antihemophilic Products [Productos Antithemofílicos].....	58
Hemostatics [Hemostáticos] .....	59
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] .....</b>	<b>59</b>
Androgens [Andrógenos].....	59
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide] .....	59
Calcimimetics [Calcimiméticos].....	60
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina].....	60
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea] .....	60
Estrogens [Estrógenos] .....	60
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas] .....	60
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento].....	61
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] .....	61
Prostaglandins [Prostaglandinas] .....	61
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina] .....	61
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	62
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina] .....	62
<b>IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS] .....</b>	<b>63</b>
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)] .....	63
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....</b>	<b>64</b>
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	64
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes] .....	65
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL] .....</b>	<b>65</b>
Aminosalicylates [Aminosalicilatos] .....	65
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)] .....	66
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia].....	67
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	67
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....</b>	<b>67</b>
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio] .....	67
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina] .....	67
Chelating Agents [Agentes Quelantes].....	67
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales] .....	67
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio] .....	67

Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales] .....	67
Vitamin K [Vitamina K] .....	68
<b>MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]</b> .....	<b>68</b>
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad].....	68
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales] .....	68
<b>NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]</b> .....	<b>68</b>
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales] .....	68
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos] .....	68
Nasal Steroids [Esteroides Nasales].....	68
<b>OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]</b> .....	<b>69</b>
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma] .....	69
Miotics [Mióticos] .....	69
Mydriatics [Midriáticos] .....	69
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	69
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos].....	69
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos] .....	70
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	70
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos] .....	70
<b>OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]</b> .....	<b>70</b>
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos] .....	70
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos] .....	71
<b>RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]</b> .....	<b>71</b>
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos] .....	71
Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración].....	71
Antileukotrienes [Antileukotrienos] .....	71
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos].....	71
Beta-2 Agonist Long Acting [Agonistas Beta-2 de Larga Duración].....	71
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis].....	71
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	72
Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies].....	73
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes].....	73
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa] .....	73

Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos] .....	73
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE] .....	74
Antirheumatic-Enzyme Inhibitors [Antireumáticos- Inhibidores de enzimas].....	74
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)] .....	74
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos].....	75
VACCINES [VACUNAS].....	75
Vaccines [Vacunas] .....	75

## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2023

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	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 FMC se presenta en la **Primera Columna** el nombre del equivalente genérico en letras minúsculas si el medicamento está disponible en su versión genérica. En caso del medicamento estar disponible únicamente en su versión de marca registrada, el nombre comercial será presentado en la **Primera Columna** en letras mayúsculas.

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

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



### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos /Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
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>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	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>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<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
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración]				
<i>fentanyl 12 mcg/hr td patch 72 hr, 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	Preferred	DURAGESIC	
<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>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	4	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	4	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	Preferred	MORPHINE	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	Preferred	MORPHINE	
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>		Preferred	METHADONE	ASSMCA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/ 5ml</i>		Preferred	METHADONE	ASSMCA
<b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración]</b>				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills AL >18 años
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días AL >18 años
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	NORCO	QL=6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	QL=6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	QL=3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DEMEROL	QL=1 vial para 30 días
<i>morphine sulfate 15 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	QL=3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>morphine sulfate 30 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	QL=1 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	PERCOCET	QL= 6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	QL=3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días; AL ≥12 años
<i>meperidine hcl 100 mg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DEMEROL	QL=1 vial para 30 días
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	QL=20 mL diarios para 7 días de suplido en 30 días
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	Preferred	DILAUDID	QL=1 tableta diaria para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	Preferred	DILAUDID	
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
<b>ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS]</b>				
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	
<b>ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]</b>				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>diazepam 1 mg/ml soln, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml oral conc</i>	1	Preferred	VALIUM	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	DALMANE	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>midazolam hcl 10 mg/10ml inj soln, 2 mg/2ml inj soln, 5 mg/5ml inj soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VERSED	QL 5ml / 30días
<b>Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]</b>				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>Aminoglycosides [Aminoglucósidos]</b>				
<i>tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln</i>	18	Preferred	TOBI	PA
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]</b>				
<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	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<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>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	Preferred		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	FLAGYL	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	1	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACROBID	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML</i>	6	Preferred	FURADANTIN	
<i>vancomycin hcl 125 mg cap</i>	9	Preferred	VANCOCIN	
<i>vancomycin hcl 250 mg cap</i>	10	Preferred	VANCOCIN	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Penicillinis [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml susp, 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		
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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>cefaclor 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	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	Preferred	SULFADIAZINE	
Tetracyclines [Tetraciclinas]				
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	MINOCIN	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Preferred	MONODOX	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Preferred	VIBRAMYCIN	
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación]				
<i>cefдинir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	
<i>cefдинir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	
<i>ceftriaxone 250 mg IM</i>	1	Preferred	ROCEPHIN	

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



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	METROGEL VAGINAL	
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Preferred	CLEOCIN	
<b>ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]</b>				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	1	Preferred	TEGRETOL	
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	
<i>lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg</i>	3	Preferred	LAMICTAL	
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	KEPPRA	
<i>levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg</i>	3	Preferred	KEPPRA XR	
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	1	Preferred	TRILEPTAL	
<i>phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab</i>	1	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MYSOLINE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	

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

SALUD FISICA

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

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
VIMPAT 10 mg/ml soln, 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	5	Preferred		PA
VIMPAT 200 mg tab, 200 mg/20ml iv soln	6	Preferred		PA
<b>ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]</b>				
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia]				
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	6	Preferred	HYDERGINE	
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa]				
<i>donepezil hcl 10 mg tab, 10 mg odt, 5 mg tab, 5 mg odt</i>	1	Preferred	ARICEPT	
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	3	Preferred	EXELON	
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA]				
<i>memantine 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	
<i>memantine TITRATION PAK 5 (28)-10 (21) mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>				
Antidepressants [Antidepresivos]				
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	Preferred	ELAVIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOFRANIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	PAMELOR	MENTAL, SUB MENTAL

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
<i>duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap</i>	2	Preferred	CYMBALTA	
<b>ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]</b>				
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	
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
GLP-1 receptor agonist [Agonistas del receptor GLP-1]				
TRULICITY 0.75 mg/0.5ml sc soln pen-inj, 1.5 mg/0.5ml sc soln pen-inj, 3 mg/0.5ml sc soln pen-inj, 4.5 mg/0.5ml sc soln pen-inj		Preferred		PA
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]				
BAQSIMI 3mg/dose nasal pwdr	5	Preferred		Pacientes con diabetes tipo 1, AL= 4-21 años, QL= 2/365 días, no refill.

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	4	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 sc soln	3	Preferred		
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]				
JARDIANCE 10 mg tab, 25 mg tab	5	Preferred		
SYNJARDY 5-500 mg tab, 5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab, 12.5-1000 mg tab	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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual]

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
SYNJARDY XR 5-1000 mg tab, 10-1000 mg tab, 12.5-1000 mg tab, 25-1000 mg tab	5	Preferred		
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		
<b>Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]</b>				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		
<b>Sulfonylureas [Sulfonilureas]</b>				
<i>glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	AMARYL	
<i>glipizide 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOTROL	
<b>DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]</b>				
<b>Needles &amp; Syringes [Agujas y Jeringuillas]</b>				
<i>insulin syringe/needle</i>	1	Preferred		
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>				
<b>5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3]</b>				
<i>ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt</i>	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
<i>ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	Preferred	ZOFRAN	
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr, 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln</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	Preferred	COMPAZINE	
<b>ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]</b>				
Antigout Agents [Agentes Antigota]				
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ZYLOPRIM	
<i>colchicine 0.6 mg cap</i>	3	Preferred	MITIGARE	PA
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
Uricosurics [Uricosúricos]				
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	Preferred	BENEMID	
<b>ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]</b>				
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]				
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	
<i>methyl dopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ALDOMET	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]</b>				
<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	
<b>Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]</b>				
<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	
<b>Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]</b>				
<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	

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



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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	
<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 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	
<b>Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]</b>				
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	Preferred	DIAMOX	
<b>Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]</b>				
<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	TOPROL XL	
<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	TOPROL XL	
<b>Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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	
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	
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]				
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ALDACTONE	
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	Preferred	MAXZIDE	
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 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LOZOL	
<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	
<b>Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]</b>				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	
<i>minoxidil 10 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LONITEN	
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]</b>				
<b>Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]</b>				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	
<b>Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]</b>				
<i>sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMITREX	QL= 9 tab/ 30 días
<i>rizatriptan benzoate 10 mg tab, 5 mg tab</i>		Preferred	MAXALT	QL= 12 tab / 30 días
<b>Calcitonin Gene-related Peptide (CGRP) Receptor Antagonist [Antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP)]</b>				
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 mg/ml sc sol pfs		Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
EMGALITY 120 mg/ml subq sol auto-injector, 120 mg/ml subq sol prefilled syringe		Preferred		PA
NURTEC 75 MG ODT		Preferred		PA
<b>ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]</b>				
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Preferred		
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	6	Preferred	MESTINON	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
Antituberculars [Antituberculosos]				
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifampin 150 mg cap</i>	1	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	2	Preferred	MYAMBUTOL	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	Preferred	PYRAZINAMIDE	
<i>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Preferred	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>			MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
CAPASTAT 1 gm inj				
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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual]

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]</b>				
Antifungals [Antifungales]				
fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DIFLUCAN	
ketoconazole 200 mg tab	1	Preferred	NIZORAL	
nystatin 100000 unit/gm crm	1	Preferred	MYCOSTATIN	
terbinafine hcl 250 mg tab	1	Preferred	LAMISIL	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	Preferred	DIFLUCAN	
itraconazole 100 mg cap		Preferred	SPORANOX	VIH/SIDA
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]				
terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm	2	Preferred	TERAZOL	
Antimalarials [Antimaláricos]				
chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ARALEN	
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	1	Preferred	PLAQUENIL	
pyrimethamine 25 mg tab	15	Preferred	DARAPRIM	PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos]				
pentamidine isethionate 300 mg inh soln	4	Preferred	NEBUPENT	PA
<b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>				
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
PIN-X 720.5 mg chew tab	1	Preferred		OTC
REESES PINWORM MEDICINE 144 mg/ml Susp	1	Preferred		OTC
BILTRICIDE 600 mg tab	7	Preferred		PA
ivermectin 3 mg tab	1	Preferred	STROMECTOL	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	TINDAMAX	
<b>ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]</b>				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	COGENTIN	
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]				
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	SYMMETREL	
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	MIRAPEX	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	REQUIP	
<i>ropinirole hcl 2 mg tab</i>	2	Preferred	REQUIP	
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab</i>	4	Preferred	STALEVO	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	5	Preferred	STALEVO	
Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]				
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	1	Preferred	SINEMET	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	2	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	Preferred	SINEMET CR	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Preferred	CARBEX	
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza]				
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap, 6 mg/ml susp</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Preferred	VALCYTE	PA
Anti-hepatitis B (hbv) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]				
<i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	3	Preferred	BARACLUDE	PA
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]				
MAVYRET 100-40 mg tab	24	Preferred		PA
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	
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	Cubierto para las clínicas de CLETS
<i>valacyclovir 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	Preferred	VALTREX	
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]				
EPZICOM 600-300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE INMUNOLOGÍA
ATRIPLA 600-200-300 mg tab				

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]</b>				
ISENTRESS potassium 400 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
<b>Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]</b>				
SELZENTRY 300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
FUZEON subcutaneous kit 90 mg				
<b>Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]</b>				
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	1	Preferred	VIRAMUNE	
<i>nevirapine 50 mg/5ml susp</i>	5	Preferred	VIRAMUNE	
<i>efavirenz 200 mg cap, 50 mg cap, 600mg tab</i>	6	Preferred	SUSTIVA	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Preferred		
SUSTIVA 50 mg cap, 200 mg cap	6	Preferred		
<i>nevirapine er, 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr</i>	7	Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 600 mg tab	7	Preferred		
INTELENCE 200 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA

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



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<b>Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa]</b>				
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	2	Preferred	RETROVIR	
<i>stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	Preferred	ZERIT	
<i>didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr</i>	4	Preferred	VIDEX	
<i>lamivudine 10 mg/ml soln</i>	5	Preferred	EPIVIR	
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	4	Preferred	EPIVIR	
<i>zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr</i>	4	Preferred	RETROVIR	
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	5	Preferred	ZIAGEN	
<i>didanosine 400 mg cap dr</i>	5	Preferred	VIDEX	
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	5	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Preferred		
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	6	Preferred	COMBIVIR	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	10	Preferred	TRIZIVIR	
EMTRIVA 200 mg cap				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE INMUNOLOGÍA
VIREAD 300 mg tab				
TRUVADA 200-300 mg tab				
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]</b>				
<b>5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]</b>				
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROSCAR	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]</b>				
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	Preferred	FLOMAX	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
<b>Anticoagulants [Anticoagulantes]</b>				
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	COUMADIN	
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	2	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	8	Preferred	HEPARIN	
<b>Cobalamins [Cobalaminas]</b>				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
<b>Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]</b>				
<b>NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln</b>	10	Preferred		PA
<b>NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln</b>	15	Preferred		PA
<b>NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln</b>	15	Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	9	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr	9	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	9	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln	9	Preferred		PA
ZIEXTENZO 6 mg/0.6ml sc soln pfs	12	Preferred		PA
<b>Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]</b>				
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	6	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	7	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

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

SALUD FISICA

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
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	10	Preferred		PA
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 40000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 20000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
<b>Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]</b>				
ELIQUIS 2.5 mg tab	4	Preferred		PA
ELIQUIS 5 mg tab	4	Preferred		PA
<b>Folates [Folatos]</b>				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
<b>Iron [Hierro]</b>				
<i>ferrous sulfate 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	OTC

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		
<b>Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]</b>				
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml sc soln, 40 mg/0.4ml sc soln</i>	5	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 300 mg/3ml inj soln, 60 mg/0.6ml sc soln, 80 mg/0.8ml sc soln</i>	7	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml sc soln</i>	9	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 120 mg/0.8ml sc soln</i>	10	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 150 mg/ml sc soln</i>	14	Preferred	LOVENOX	PA
<b>Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas]</b>				
<i>aspirin 325 mg tab, 325 mg tab dr, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>aspirin low dose 81 mg tab, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	PLETAL	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	Preferred	PLAVIX	
<b>BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]</b>				
<b>Bisphosphonates [Bifosfonatos]</b>				
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	1	Preferred	FOSAMAX	
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]</b>				
<b>Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	BETAPACE	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]				
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINAGLUTE	
<i>quinidine sulfate er 300 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]				
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	2	Preferred	MEXITIL	
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	3	Preferred	MEXITIL	
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]				
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	1	Preferred	RYTHMOL	
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	2	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	3	Preferred	RYTHMOL	
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente]				
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	1	Preferred	TRENTAL	
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]				
<i>digox 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
<i>digoxin 0.05 mg/ml soln, 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
<i>ENTRESTO 24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab</i>	5	Preferred	ENTRESTO	PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]</b>				
<i>ambrisentan 10 mg tab, 5 mg tab</i>	12	Preferred	LETAIRIS	PA
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	Preferred	REVATIO	PA
ADEMPAS 0.5 mg tab	15	Preferred		PA
ADEMPAS 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab	18	Preferred		PA
ADEMPAS 2.5 mg tab	20	Preferred		PA
VENTAVIS 10 mcg/ml inh soln, 20 mcg/ml inh soln	25	Preferred		PA
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>nitroglycerin 0.2 mg/hr td patch 24hr</i>	1	Preferred	NITRODUR	
NITROSTAT 0.3 mg tab subl, 0.4 mg tab subl, 0.6 mg tab subl	1	Preferred		
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr</i>	2	Preferred	NITRODUR	
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]</b>				
<b>Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]</b>				
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr, 120-240 MG starter pck, 240 mg cap dr</i>	22	Preferred	TECFIDERA	PA
<i>dalfampridine 10 tab er 12hr</i>	5	Preferred		PA
<i>glatiramer 20 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe</i>	15	Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<i>glatiramer</i> 40 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe	11	Preferred		PA
AVONEX 30 mcg im kit	13	Preferred		PA
AVONEX PEN 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA
AVONEX PREFILLED 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA
GILENYA 0.5 mg cap, 0.25 mg cap	15	Preferred		PA
TYSABRI intravenous concentrate 300 mg/15ml	15	Preferred		PA
BETASERON 0.3 mg sc kit	13	Preferred		PA
OCREVUS 300 mg/10 ml IV	15	Preferred		PA
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>				
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]				
<i>lomustine</i> 10 mg cap	3	Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Preferred		
<i>temozolomide</i> 5 mg cap	4	Preferred	TEMODAR	PA
<i>lomustine</i> 40 mg cap	5	Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Preferred		
<i>lomustine</i> 100 mg cap	6	Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7	Preferred		
<i>temozolomide</i> 20 mg cap	9	Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide</i> 250 mg cap	11	Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide</i> 140 mg cap	13	Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide</i> 100 mg cap, 180 mg cap	14	Preferred	TEMODAR	PA
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]				
STIVARGA 40 mg tab	15	Preferred		PA

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



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Antiandrogens [Antiandrógenos]</b>				
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	Preferred	CASODEX	
<i>flutamide 125 mg cap</i>	4	Preferred	EULEXIN	
<i>abiraterone 250 mg tab</i>	14	Preferred		PA
<b>Antiestrogens [Antiestrógenos]</b>				
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	NOLVADEX	
<b>Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]</b>				
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Preferred		AL ≥19 años
<b>Antimetabolites [Antimetabolitos]</b>				
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	Preferred	HYDREA	
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	Preferred	PURINETHOL	
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	
<i>capecitabine 150 mg tab</i>	7	Preferred	XELODA	PA
<i>capecitabine 500 mg tab</i>	11	Preferred	XELODA	PA
<i>methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml inj soln</i>	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) 250mg/10ml 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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual]

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Antineoplastic -Antibodies [ Anticuerpo Antineoplásticos]</b>				
RUXIENCE 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	13	Preferred		PA
AVASTIN 100 mg/4ml iv soln, 400 mg/16ml iv soln	17	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA
MVASI 100mg/4ml iv sol, 400mg/16ml iv sol	17	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA
HERCEPTIN 150 mg iv soln, 440 mg iv soln	21	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA
KANJINTI 150 mg iv soln, 420 mg iv soln	21	Preferred		Cubierto por la parte médica, PA
<b>Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores de Enzimas]</b>				
<i>imatinib 100 mg tab</i>	18	Preferred	GLEEVEC	PA
<i>everolimus 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	21	Preferred	AFINITOR	PA
<i>everolimus 2.5 mg tab</i>	20	Preferred	AFINITOR	PA
<i>everolimus 2 mg oral sol tab, 3 mg oral sol tab, 5 mg oral sol tab</i>	25	Preferred	AFINITOR DISPERZ	PA
IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap	25	Preferred		PA
IBRANCE 75 mg tab, 100 mg tab, 125 mg tab	25	Preferred		PA
<i>imatinib 400 mg tab</i>	25	Preferred	GLEEVEC	PA
sorafenib tosylate 200 mg tab		Preferred	NEXAVAR	PA
NEXAVAR 200 mg tab	25	Preferred		PA
<i>sunitinib 12.5 mg cap</i>	21	Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>sunitinib 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	25	Preferred		PA
SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	25	Preferred		PA
VENCLEXTA 10 mg tab, 100 mg tab, 50 mg tab	25	Preferred		PA
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 mg tab pack	25	Preferred		PA
VERZENIO 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	25	Preferred		PA
Apetite Stimulants [Estimulantes de Apetito]				
<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
LUPRON DEPOT 45 mg im kit	6	Preferred		PA
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 7.5 mg im kit	6	Preferred		PA

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

SALUD FISICA

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
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	6	Preferred		PA
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg (ped) im kit	11	Preferred		PA
LUPRON DEPOT-PED 30 mg (ped) im kit	11	Preferred		PA
leuprolide acetate 1 mg/ 0.2 ml inj kit	7	Preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Preferred		PA
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]				
FIRMAGON 80 mg SC, 120 mg SC	5	Preferred		PA
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]				
MATULANE 50 mg cap	10	Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Preferred		PA
lenalidomide 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap		Preferred	REVLIMID	PA
REVLIMID 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap		Preferred		PA
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]				
etoposide 50 mg cap	4	Preferred	VEPESID	
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]</b>				
Antifungals [Antifungales]				
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	1	Preferred	MYCELEX	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]				
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	PERIDEX	
Xerostomia [Xerostomía]				
<i>pilocarpine 5 mg tab</i>	3	Preferred	SALAGEN	
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>				
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné]				
<i>sulfacetamide sodium-sulfur 10-5 % external emulsion</i>	1	Preferred	SULFACET R	
<i>clindamycin phosphate 1 % soln</i>	2	Preferred	CLEOCIN T	
<i>erythromycin 2 % gel, 2 % soln</i>	2	Preferred	ERYGEL	
Acne Products [Productos para el Acné]				
<i>tretinoin 0.05 % crm,</i>	2	Preferred	RETIN A	AL < 21 años
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	6	Preferred	ZENATANE, MYORISAN, CLARAVIS	
Antihistamines [Antihistamínicos]				
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ATARAX	
Antipsoriatics [Antipsoriáticos]				
<i>methoxsalen 10 m cap</i>		Preferred	Oxsoralen	
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]				
<i>selenium sulfide 2.5 % lot</i>	1	Preferred	SELSUN	
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos]				
TALTZ 80 mg/ml SubQ Auto-injector, 80 mg/ml SubQ Prefilled Syringe	10	Preferred		PA
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]				
fluorouracil 2 % soln, 5 % soln	3	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	4	Preferred	EFUDEX	
Eczema Agents [Agentes para Eczema]				
DUPIXENT 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	13	Preferred		PA
tacrolimus 0.03 % oint, 0.1 % oint	4	Preferred	PROTOPIC	QL= 60 gm / 15 días
EUCRISA 2 % oint	7	Preferred		PA
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia]				
betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm	3	Preferred	DIPROLENE	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % oint	4	Preferred	DIPROLENE	
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia]				
mometasone furoate 0.1 % oint, 0.1% crm, 0.1% soln	1	Preferred	ELOCON	
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia]				
triamcinolone acetonide 0.1 % crm, 0.1 % oint, 0.5 % crm, 0.5 % oint	1	Preferred	KENALOG	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>betamethasone valerate 0.1 % crm, 0.1 % lot, 0.1 % oint</i>	1	Preferred	DIPROLENE	
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia]				
<i>hydrocortisone 2.5 % crm, 2.5 % lot, 2.5 % oint</i>	1	Preferred	HYDROCORTISONE	
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]				
<i>permethrin 5 % crm</i>	3	Preferred	ELIMITE	QL= 60 gm.
<i>lindane 1 % lot</i>	4	Preferred	LINDANE	QL = 60 cc, 30días, ST
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]				
<i>mupirocin 2 % oint</i>	1	Preferred	BACTROBAN	
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	1	Preferred	SILVADENE	
<i>metronidazole 0.75 % crm, 0.75 % gel, 0.75 % lot</i>	4	Preferred	METROLOTION	
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]				
<i>clotrimazole 1 % crm</i>	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos]				
<i>calcipotriene 0.005 % crm</i>	6	Preferred	DOVONEX	
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	7	Preferred	SORIATANE	
Warts [Verrugas]				
<i>Imiquimod cream 5%</i>	1	Preferred	ALDARA	AL>12 Años
<b>DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]</b>				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Acidos Biliares]				
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	
<i>cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	
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	
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES]</b>				
Antispasmodics [Antiespasmódicos]				
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	1	Preferred	BENTYL	
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	BENTYL	
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	
<i>1 gm/10ml susp</i>	3	Preferred		
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]				
<i>CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt</i>	3	Preferred		
<i>CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt</i>	5	Preferred		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]				
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	

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



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA
<i>ursodiol 250 mg tab</i>	3	Preferred	URSO 250	PA
<i>ursodiol 500 mg tab</i>	4	Preferred	URSO Forte	PA
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc</i>	6	Preferred	GASTROCROM	PA
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]				
<i>hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm</i>	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
<b>GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]</b>				
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]				
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato]				
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	4	Preferred	REVELA	PA
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt</i>	7	Preferred	REVELA	PA
<i>calcium acetate 667 mg cap.</i>	3	Preferred	PHOSLO	
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios]				
<i>ur n-c 81.6 mg tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
<i>URETRON D/S tab</i>	1	Preferred		
<i>URIMAR-T 120 mg tab</i>	1	Preferred		
<i>urin ds tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]				
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DITROPAN	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]</b>				
Antihemophilic Products [Productos Antihemofílicos]				
ADVATE 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln, 3000 unit iv soln, 4000 unit iv soln	25	Preferred		PA
ALPHANATE/VWF COMPLEX/HUMAN 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln	25	Preferred		PA
KOGENATE FS 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA
KOGENATE FS BIO-SET 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA
BENEFIX 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit	25	Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ELOCTATE 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 750 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 1500 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 4000 unit intravenous kit, 5000 unit intravenous kit, 6000 unit intravenous kit	25	Preferred		PA
SOLIRIS 300 mg/30ml iv soln	25	Preferred		PA
ULTOMIRIS 1100 mg/11ml iv soln, 300 mg/30ml iv soln, 300 mg/3ml iv soln	25	Preferred		PA
<b>Hemostatics [Hemostáticos]</b>				
<i>tranexamic acid</i> 650 mg tab, 1000 mg/ ml IV	4	Preferred	LYSTEDA	PA
AMICAR 500 mg tab, 0.25 gm/ml oral soln	5	Preferred		PA
AMICAR 0.25 gm/ml oral soln	8	Preferred		PA
<i>tranexamic acid</i> 100 mg/ml IV soln		Preferred	CYKLOKAPRON	PA
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
<b>Androgens [Andrógenos]</b>				
<i>testosterone cypionate</i> 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln	2	Preferred	DEPO-TESTOSTERONE	AL ≥19 años
<i>danazol</i> 50 mg cap, 100 mg cap	5	Preferred	DANOCRINE	
<b>Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]</b>				
<i>methimazole</i> 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	TAPAZOLE	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
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
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina]				
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	3	Preferred	DOSTINEX	
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]				
<i>medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROVERA	AL ≥19 años
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	Preferred	ARANELLE	PA
CRYSSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
<i>medroxyprogesterone acetate 150mg/ml susp</i>	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
Estrogens [Estrógenos]				
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	ESTRACE	AL ≥19 años
<i>estropipate 0.75 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	ESTROPIPATE	
<i>estropipate 3 mg tab</i>	2	Preferred	ESTROPIPATE	
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]				
<i>estradiol-norethindrone acet 1-0.5 mg tab</i>	4	Preferred	ACTIVELLA	AL ≥19 años

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento]				
GENOTROPIN 5mg SC, 12 mg SC, 0.2 mg MiniQuick SC, 0.4 mg MiniQuick SC, 0.6 mg MiniQuick SC, .0.8 mg MiniQuick SC, 1 mg MiniQuick SC, 1.2 mg MiniQuick SC, 1.4 mg MiniQuick SC, 1.6 mg MiniQuick SC, 1.8 mg MiniQuick SC, 2 mg MiniQuick SC	6	Preferred		PA
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	1	Preferred	FLORINEF	
Prostaglandins [Prostaglandinas]				
misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab	1	Preferred	CYTOTEC	
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]				
octreotide acetate 50 mcg/ml inj soln	3	Preferred	SANDOSTATIN	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml inj soln, 1000 mcg/5ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln	6	Preferred	SANDOSTATIN	PA
octreotide acetate 1000 mcg/ml inj soln	8	Preferred	SANDOSTATIN	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 mg im kit	11	Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 30 mg im kit	14	Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 20 mg im kit	16	Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]				
LEVO-T 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		
levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred	SYNTHROID	
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]				
desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln	2	Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.2 mg tab	3	Preferred	DDAVP	
desmopressin ace rhinal tube 0.01 % nasal soln	4	Preferred	DDAVP	
desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln	4	Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.1 mg tab	4	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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual]

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln</i>	4	Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Preferred		
<b>IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]</b>				
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln, 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA
HUMIRA 10 mg/0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc, 10 mg/0.1ml sc, 20 mg/0.2ml sc, 40 mg/0.4ml sc, 80 mg/0.8ml sc, 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA
AVSOLA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
INFLIXIMAB 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
RENFLEXIS 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
INFLECTRA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
<i>dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DECADRON	OB-GYN
KENALOG 10 mg/ml inj susp	1	Preferred		
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	
<i>cortisone acetate 25 mg tab</i>	3	Preferred	CORTISONE	
KENALOG 40 mg/ml inj 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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual]



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>betamethasone sod phos &amp; acet 6 mg/ml inj susp</i>	2	Preferred	CELESTONE SOLUSPAN	OB-GYN
<b>Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]</b>				
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMURAN	
AZASAN 75 mg, 100 mg		Preferred		
<i>mycophenolate mofetil 250 mg cap</i>	1	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	1	Preferred	PROGRAF	aPA
<i>mycophenolate mofetil 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	2	Preferred	PROGRAF	aPA
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap,</i>	3	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	4	Preferred	PROGRAF	aPA
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab. dr, 360 mg tab dr</i>	5	Preferred	MYFORTIC	aPA
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	5	Preferred	NEORAL	aPA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	6	Preferred	RAPAMUNE	aPA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp</i>	8	Preferred	CELLCEPT	aPA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	11	Preferred		aPA
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]</b>				
<b>Aminosalicylates [Aminosalicilatos]</b>				
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	4	Preferred	ROWASA	
DELZICOL 400 mg cap dr	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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual]

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
mesalamine tab dr 800 mg	6	Preferred	ASACOL	
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA
HUMIRA 10 mg/0.2 ml sc kit, 10mg/0.1ml sc, 20 mg/0.4ml sc kit, 20mg/0.2 ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc kit,	9	Preferred		PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 40 mg/0.8ml sc kit, 80mg/0.8ml sc kit, 80mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA
HUMIRA PEN 40 mg/0.8ml sc kit, 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA
RENFLEXIS 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
INFLECTRA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]				
hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema	2	Preferred	COLOCORT	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr	1	Preferred	AZULFIDINE	
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]				
calcitriol 0.25 mcg cap	1	Preferred	ROCALTROL	
calcitriol 0.5 mcg cap	2	Preferred	ROCALTROL	
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]				
levocarnitine 1 gm/10ml soln, 330 mg tab	3	Preferred	CARNITOR	
Chelating Agents [Agentes Quelantes]				
DEPEN TITRATABS 250 mg tab	25	Preferred		PA
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]				
potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln	1	Preferred	KAY-CIEL	
potassium chloride cryster 10 meq tab er, 20 meq tab er	1	Preferred	KLOR-CON	
potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er	2	Preferred	MICRO-K	
potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral solution	4	Preferred	KAON CL	
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]				
sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp	3	Preferred	KAYEXALATE	
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]				
classic prenatal 28-0.8 mg tab	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal formula 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal plus iron 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATABS	OB-GYN
<i>prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
Vitamin K [Vitamina K]				
<i>phytonadione 5 mg tab</i>	5	Preferred	MEPHYTON	
<b>MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]</b>				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LIORESAL	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	Preferred	DANTRIUM	
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	3	Preferred	DANTRIUM	
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	
<b>NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]</b>				
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]				
<i>ipratropium bromide 0.03 % nasal soln</i>	2	Preferred	ATROVENT	
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]				
<i>cromolyn sodium 5.2 mg/act nasal aerosol sol</i>	1	Preferred	NASALCROM	
Nasal Steroids [Esteroides Nasales]				
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp</i>	1	Preferred	FLOINASE	QL = 1 pompa / 30 días

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]</b>				
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	Preferred	ALPHAGAN	
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	1	Preferred	TRUSOPT	
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	Preferred	COSOPT	
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	Preferred	BETOPTIC	
Miotics [Mióticos]				
<i>pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln</i>	3	Preferred	ISOPTOCARPINE	
Mydriatics [Midriáticos]				
<i>atropine sulfate 1 % ophth oint, 1 % ophth soln</i>	1	Preferred	ISO-ATROPINE	
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<i>diclofenac sodium 0.1 % ophth soln</i>	1	Preferred	VOLTAREN	QL = max 30 días / 365 días
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	ACULAR	QL = max 30 días / 365 días
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]				
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	CILOXAN	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint, 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<i>ofloxacin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	OCUFLOX	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth soln</i>	1	Preferred	POLYTRIM	
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	TOBREX	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth oint</i>	3	Preferred	BACITRACIN	
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]				
<i>trifluridine 1 % ophth soln</i>	4	Preferred	VIROPTIC	PA
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]				
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	1	Preferred	MAXITROL	
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	2	Preferred	PRED FORTE	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % ophth soln</i>	2	Preferred	INFLAMASE	
<i>fluorometholone 0.1 % ophth susp</i>	3	Preferred	FML LIQUIFILM	
Ophthalmic Agents, Other [Agentes Oftálmicos, Otros]				
<i>cyclosporine 0.05 % ophth emul</i>		Preferred	RESTASIS	PA, QL = 60 mL / 30 días
<b>OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]</b>				
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	
<i>cipro hc 0.2-1 % otic susp</i>	1	Preferred		
<b>RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]</b>				
<b>Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]</b>				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Preferred	ATROVENT	
INCRUSE ELIIPTA 62.5 mcg/inh inh aer pwr	4	Preferred		PA
<b>Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración]</b>				
ANORO ELLIPTA 62.5-25 mcg/inh inh aer pwr	4	Preferred		PA
<b>Antileukotrienes [Antileukotrienos]</b>				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	
<b>Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]</b>				
<i>benzonatate 100 mg cap</i>	1	Preferred	TESSALON	
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	
<b>Beta-2 Agonist Long Acting [Agonistas Beta-2 de Larga Duración]</b>				
SEREVENT DISKUS 50 mcg/dose inh aer pwr br act	5	Preferred		PA
<b>Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]</b>				
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im soln	9	Preferred		PA
SYNAGIS 100 mg/ml im 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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 para rangos de costo neto mensual]

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días
fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST
fluticasone-salmeterol 250-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, PA
Wixela Inhub 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST
Wixela Inhub 250-50 mcg/dose inh aer pwdr	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, PA
ADVAIR HFA 115-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST
budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp	4	Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
budesonide 1mg/2ml inh susp	8	Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST

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



SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies]</b>				
FASENRA subq soln 30 mg/mL prefilled syringe, 30 mg/mL auto injector	12	Preferred		PA
DUPIXENT 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	13	Preferred		PA
<b>Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]</b>				
<i>cetirizine HCl oral soln 1 MG/ML (5 MG/5ML)</i>	1	Preferred	ZYRTEC	OTC
<i>loratadine 5 mg/5ml soln, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
<i>loratadine 10 mg tab</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
<b>Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]</b>				
<i>theophylline er 100 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr, 300 mg tab er 12 hr, 450 mg tab er 12 hr</i>	1	Preferred	THEO-DUR	
<b>Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]</b>				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer</i>	3	Preferred	ALBUTEROL	QL = 1 pompa / 30 días Límite de repeticiones =2
<i>albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días Límite de repeticiones =1

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<i>albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1 Límite de edad =0-3
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 mcg/inh inh aer pwdr br act, 200-62.5-25 mcg/inh inh aer pwdr br act	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, PA
<b>RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]</b>				
Antirheumatic-Enzyme Inhibitors [Antireumáticos- Inhibidores de enzimas]				
XELJANZ 10 mg tab, 5 mg tab	8	Preferred		PA
XELJANZ 1 mg/ml soln	8	Preferred		PA
XELJANZ XR 11 mg tab er 24 hr, 22 mg tab er 24 hr	8	Preferred		PA
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ORENCIA 125 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe, 125 mg/ml ClickJect sc sol Autoinjector, 87.5 mg/0.7ml subcutaneous solution prefilled syringe, 50 mg/0.4ml subcutaneous solution prefilled syringe	10	Preferred		PA
HUMIRA 10 mg/0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc, 10 mg/0.1ml sc, 20 mg/0.2ml sc, 40 mg/0.4ml sc, 80 mg/0.8ml sc, 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA
RENFLEXIS 100 mg iv soln	13	Preferred		PA
INFLECTRA 100 mg iv soln	9	Preferred		PA
<b>Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos]</b>				
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	4	Preferred	ARAVA	PA
DEPEN TITRATABS 250 mg tab	25	Preferred		PA
<b>VACCINES [VACUNAS]</b>				
Vaccines [Vacunas]				
ACTHIB im soln		Preferred		
ADACEL 5-2-15.5 lf-mcg/0.5 im susp		Preferred		

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
AFLURIA QUADRIVALENT im susp, 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
BEXSERO im susp pfs		Preferred		
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 lf-mcg/0.5 im susp		Preferred		
ENGERIX-B 10 mcg/0.5ml im inj, 10 mcg/0.5ml inj susp, 10 mcg/0.5ml inj susp ps, 20 mcg/ml inj susp, 20 mcg/ml inj susp ps		Preferred		
FLUARIX QUADRIVALENT 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
FLUCELVAX QUADRIVALENT 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
FLULAVAL QUADRIVALENT im susp, 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
FLUMIST QUADRIVALENT nasal susp		Preferred		
FLUZONE HIGH-DOSE 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
FLUZONE QUADRIVALENT im susp, 0.25 ml im susp pfs, 0.5 ml im susp, 0.5 ml im susp pfs, 9 mcg/strain i-dermal susp pen-inj		Preferred		
GARDASIL 9 im susp, im susp pfs		Preferred		

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
HAVRIX 1440 el u/ml im susp, 720 el u/0.5ml im susp		Preferred		
HIBERIX 10 mcg inj soln		Preferred		
MENQUADFI im inj		Preferred		
MENVEO im soln		Preferred		
M-M-R II inj soln		Preferred		
PEDVAX HIB 7.5 mcg/0.5ml im susp		Preferred		
PNEUMOVAX 23 25 mcg/0.5ml inj		Preferred		
PREVNAR 20		Preferred		
PROQUAD sc inj, sc susp		Preferred		
RECOMBIVAX HB 10 mcg/ml inj susp, 10 mcg/ml inj susp ps, 40 mcg/ml inj susp, 5 mcg/0.5ml inj susp, 5 mcg/0.5ml inj susp ps		Preferred		
SHINGRIX 50 mcg/0.5ml im susp		Preferred		
TDVAX 2-2 lf/0.5ml im susp		Preferred		
TENIVAC 5-2 lfu im inj		Preferred		
TRUMENBA im susp pfs		Preferred		
TWINRIX 720-20 im susp, 720-20 elu-mcg/ml im susp, 720-20 elu-mcg/ml im susp pfs		Preferred		
VAQTA 25 unit/0.5ml im susp, 50 unit/ml im susp		Preferred		
VARIVAX 1350 pfu/0.5ml sc inj		Preferred		

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

**SALUD FISICA**

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
VAXNEUVANCE 0.5 ml im susp pfs		Preferred		

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



## SALUD FISICA

<i>clindamycin hcl</i>	22	<i>ELIGARD</i>	51
<i>clindamycin phosphate</i>	25, 53	<i>ELIQUIS</i>	44
<i>clonazepam</i>	20, 25	<i>ELOCTATE</i>	59
<i>clonidine hcl</i>	31	<i>EMGALITY</i>	35, 36
<i>clopidogrel bisulfate</i>	45	<i>EMTRIVA</i>	41
<i>clotrimazole</i>	52, 55	<i>ENBREL</i>	63, 66, 74
<i>colchicine</i>	31	<i>ENBREL MINI</i>	63, 66, 74
<i>COLCRYS</i>	31	<i>ENBREL SURECLICK</i>	63, 66, 74
<i>cortisone acetate</i>	64	<i>ENGERIX-B</i>	76
<i>CREON</i>	56	<i>enoxaparin sodium</i>	45
<i>cromolyn sodium</i>	57, 68	<i>entecavir</i>	39
<i>CRYSELLE-28</i>	60	<i>ENTRESTO</i>	46
<i>CUPRIMINE</i>	67, 75	<i>EPIVIR</i>	41
<i>cyanocobalamin</i>	42	<i>EPZICOM</i>	39
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	68	<i>ergoloid mesylates</i>	27
<i>cycloserine</i>	36	<i>ERYTHROCIN STEARATE</i>	22
<i>cyclosporine</i>	70	<i>erythromycin</i>	53
<i>cyclosporine</i>	65	<i>erythromycin base</i>	22
<i>cyclosporine modified</i>	65	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	22
		<i>estradiol</i>	60
		<i>estradiol-norethindrone acet</i>	60
		<i>estropipate</i>	60
		<i>ethambutol hcl</i>	36
		<i>ethosuximide</i>	26
		<i>etoposide</i>	52
		<i>everolimus</i>	50
		<b>F</b>	
		<i>famotidine</i>	57
		<i>FASENRA</i>	73
		<i>fentanyl</i>	18
		<i>ferrous sulfate</i>	44
		<i>finasteride</i>	41
		<i>FIRMAGON</i>	52
		<i>flecainide acetate</i>	46
		<i>FLOVENT DISKUS</i>	72
		<i>FLOVENT HFA</i>	72
		<i>FLUARIX QUADRIVALENT</i>	76
		<i>FLUCELVAX</i>	76
		<i>fluconazole</i>	37
		<i>fludrocortisone acetate</i>	61
		<i>FLULAVAL</i>	76
		<i>FLUMIST</i>	76
		<i>fluorometholone</i>	70
		<i>fluorouracil</i>	54
		<i>flurazepam hcl</i>	21
		<i>flutamide</i>	49
		<i>fluticasone propionate</i>	68
		<i>fluticasone-salmeterol</i>	72
		<i>FLUZONE</i>	76
		<i>FLUZONE QUADRIVALENT</i>	76
		<i>folic acid</i>	44
		<i>fosinopril sodium</i>	32
		<i>furosemide</i>	34
		<i>FUZEON</i>	40
<b>D</b>			
<i>dalfampridine</i>	47		
<i>dantrolene sodium</i>	68		
<i>dapsone</i>	36		
<i>DELZICOL</i>	65		
<i>DEPEN TITRATABS</i>	67		
<i>desmopressin ace rhinal tube</i>	62		
<i>desmopressin ace spray refrag</i>	62		
<i>desmopressin acetate</i>	62		
<i>desmopressin acetate spray</i>	63		
<i>dexamethasone</i>	64		
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	64		
<i>diazepam</i>	21		
<i>diclofenac sodium</i>	69		
<i>dicyclomine hcl</i>	56		
<i>didanosine</i>	41		
<i>digox</i>	46		
<i>digoxin</i>	46		
<i>DILANTIN</i>	26		
<i>diltiazem hcl er</i>	32		
<i>diltiazem hcl er beads</i>	32, 33		
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	32, 33		
<i>dilt-xr</i>	32		
<i>dimethyl fumarate</i>	47		
<i>DIURIL</i>	34		
<i>divalproex sodium</i>	25, 35		
<i>donepezil hcl</i>	27		
<i>dorzolamide hcl</i>	69		
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	69		
<i>doxepin hcl</i>	27, 28		
<i>doxycycline hyclate</i>	24		
<i>doxycycline monohydrate</i>	24		
<i>duloxetine</i>	28		
<i>DUPIXENT</i>	54, 73		
<b>E</b>			
<i>efavirenz</i>	40		



## SALUD FISICA

<b>G</b>		<i>ISENTRESS</i>	40
<i>gabapentin</i>	25, 26	<i>isoniazid</i>	36
<i>GARDASIL 9</i>	76	<i>isosorbide mononitrate</i>	47
<i>gemfibrozil</i>	56	<i>isosorbide mononitrate er</i>	47
<i>GENOTROPIN</i>	61	<i>isotretinoin</i>	53
<i>gentamicin sulfate</i>	69	<i>itraconazole</i>	37
<i>GILENYA</i>	48	<i>ivermectin</i>	37
<i>glatiramer</i>	47, 48	<b>J</b>	
<i>glimepiride</i>	30	<i>JARDIANCE</i>	29
<i>glipizide</i>	30	<i>JENTADUETO</i>	28
<i>GLUCAGON EMERGENCY</i>	29	<i>JENTADUETO XR</i>	28
<i>guaifenesin-codeine</i>	71		
<b>H</b>		<b>K</b>	
<i>HAVRIX</i>	77	<i>KANJINTI</i>	50
<i>heparin sodium (porcine)</i>	42	<i>KENALOG</i>	64
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	42	<i>ketoconazole</i>	37
<i>HERCEPTIN</i>	50	<i>ketorolac tromethamine</i>	69
<i>HIBERIX</i>	77	<i>KOGENATE FS</i>	58
<i>HUMALOG</i>	29	<i>KOGENATE FS BIO-SET</i>	58
<i>HUMALOG MIX 50/50</i>	29		
<i>HUMALOG MIX 75/25</i>	29	<b>L</b>	
<i>HUMIRA</i>	63, 66, 75	<i>lacosamide</i>	26
<i>HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START</i>	66	<i>lamivudine</i>	41
<i>HUMIRA PEN</i>	66	<i>lamivudine-zidovudine</i>	41
<i>HUMIRA PEN-CROHNS STARTER</i>	66	<i>lamotrigine</i>	25
<i>HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER</i>	66	<i>lamotrigine chew tab</i>	25
<i>HUMULIN 70/30</i>	29	<i>LANTUS</i>	29
<i>HUMULIN N</i>	29	<i>LANTUS SOLOSTAR</i>	29
<i>HUMULIN R</i>	30	<i>latanoprost</i>	70
<i>hydralazine hcl</i>	35	<i>leflunomide</i>	75
<i>hydrochlorothiazide</i>	34	<i>lenalidomide</i>	52
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	19	<i>leucovorin calcium</i>	51
<i>hydrocortisone</i>	55, 64, 67	<i>LEUKERAN</i>	48
<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	57	<i>leuprolide acetate</i>	52
<i>hydromorphone</i>	19, 20	<i>levetiracetam</i>	25, 26
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	37	<i>levetiracetam er 24 hrs</i>	25
<i>hydroxyurea</i>	49	<i>levobunolol hcl</i>	69
<i>hydroxyzine hcl</i>	53	<i>levocarnitine</i>	67
<i>hydroxyzine pamoate</i>	21	<i>levofloxacin</i>	24
<b>I</b>		<i>levothyroxine sodium</i>	62
<i>IBRANCE</i>	50	<i>lidocaine viscous</i>	20
<i>ibuprofen</i>	18	<i>lindane</i>	55
<i>imatinib</i>	50	<i>lisinopril</i>	32
<i>imipramine hcl</i>	27	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>imiquimod</i>	55	<i>lomustine</i>	48
<i>INCRUSE ELIIPTA</i>	71	<i>loratadine</i>	73
<i>indapamide</i>	35	<i>lorazepam</i>	21
<i>indomethacin</i>	18	<i>losartan potassium</i>	32
<i>INFED</i>	45	<i>losartan potassium-hctz</i>	32
<i>INFLECTRA</i>	63, 66, 75	<i>LOW-OGESTREL</i>	60
<i>INFLIXIMAB</i>	63	<i>LUPRON DEPOT</i>	51, 52
<i>insulin syringe/needle</i>	30	<i>LUPRON DEPOT-PED</i>	52
<i>INTELENCE</i>	40		
<i>ipratropium bromide</i>	68, 71		

## SALUD FISICA

M			
MACRODANTIN	22	NEULASTA	42
MATULANE	52	NEUPOGEN	42, 43
MAVYRET	39	nevirapine	40
MEDROL	64	nevirapine er	40
medroxyprogesterone acetate	60	NEXAVAR	50
megestrol acetate	51	nifedipine er osmotic	33
meloxicam	18	nitrofurantoin macrocrystal	22
MENQUADFI	77	nitrofurantoin monohyd macro	22
MENVEO	77	nitrofurantoin oral suspension	22
meperidine hcl	19, 20	nitroglycerin	47
mercaptapurine	49	NITROSTAT	47
mesalamine	65	NIVESTYM	43
mesalamine tab dr	66	nortriptyline hcl	27
MESTINON	36	NURTEC	36
metformin hcl	28	nystatin	37, 53, 55
metformin hcl er	28		
methadone	19	O	
METHADONE	19	OCREVUS	48
methimazole	59	octreotide acetate	61
methotrexate	49, 75	ofloxacin	70
methoxsalen	53	omeprazole	57
methyl dopa	31	ondansetron	30
methylprednisolone	64	ondansetron hcl	30
methylprednisolone (pak)	64	ORENCIA	75
metoclopramide hcl	30	oseltamivir phosphate	39
metolazone	35	oxcarbazepine	25, 26
metoprolol succinate er	33	oxybutynin chloride	57
metoprolol tartrate	33	oxycodone-acetaminophen	19
metoprolol-hydrochlorothiazide	34		
metronidazole	22, 25, 55	P	
mexiletine hcl	46	PEDVAX	77
midazolam hcl	21	penicillin g procaine	23
minocycline hcl	24	penicillin v potassium	23
minoxidil	35	pentamidine isethionate	37
misoprostol	56, 61	pentoxifylline er	46
M-M-R II	77	permethrin	55
mometasone furoate	54	phenazopyridine hcl	57
montelukast sodium	71	phenobarbital	25, 26
morphine sulfate	19, 20	phenytoin	26
morphine sulfate (concentrate)	20	phenytoin sodium extended	26
morphine sulfate er	18, 19	phytonadione	68
mupirocin	55	pilocarpine	53
MVASI	50	pilocarpine hcl	69
mycophenolate mofetil	65	PIN-X	37
mycophenolate sodium	65	pioglitazone hcl	29
MYLERAN	48	PNEUMOVAX 25	77
		polymyxin b-trimethoprim	70
		potassium chloride	67
		potassium chloride crys er	67
		potassium chloride er	67
		pramipexole dihydrochloride	38
		pravastatin sodium	56
		prednisolone	64
		prednisolone acetate	70
		prednisolone sodium phosphate	70
		prednisone	64
		prednisone (pak)	64
N			
nabumetone	18		
naloxone hcl	20		
naltrexone hcl	20		
NAMENDA	27		
naproxen	18		
naproxen dr	18		
neomycin-polymyxin-dexamethasone	70		
neomycin-polymyxin-hc	71		

## SALUD FISICA

<i>prenatal</i>	68	<i>simvastatin</i>	56
<i>prenatal 19</i>	68	<i>sirolimus</i>	65
<i>prenatal formula</i>	68	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	67
<i>prenatal low iron</i>	68	<i>SOLIRIS</i>	59
<i>prenatal plus iron</i>	68	<i>sotalol hcl</i>	45
<i>prenatal vitamins</i>	68	<i>spironolactone</i>	34
<i>PREVNAR 20 25</i>	77	<i>stavudine</i>	41
<i>primidone</i>	25	<i>STIMATE</i>	63
<i>probenecid</i>	31	<i>STIVARGA</i>	48
<i>prochlorperazine</i>	31	<i>sucralfate</i>	56
<i>prochlorperazine edisylate</i>	31	<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	53
<i>prochlorperazine maleate</i>	31	<i>sulfadiazine</i>	24
<i>PROCRIT</i>	43, 44	<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	24
<i>promethazine hcl</i>	31	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	24
<i>propafenone hcl</i>	46	<i>sulfasalazine</i>	67
<i>propranolol hcl</i>	34, 45, 46	<i>sulindac</i>	18
<i>propylthiouracil</i>	60	<i>sumatriptan succinate</i>	35
<i>PROQUAD</i>	77	<i>sunitinib</i>	50, 51
<i>pyrazinamide</i>	36	<i>SUSTIVA</i>	40
<i>pyridostigmine</i>	36	<i>SUTENT</i>	51
<i>pyridostigmine bromide</i>	36	<i>SYNAGIS</i>	71
<i>pyrimethamine</i>	37	<i>SYNJARDY</i>	29
		<i>SYNJARDY XR</i>	30
		<i>SYNTHROID</i>	62
<b>Q</b>			
<i>quinidine gluconate er</i>	46		
<i>quinidine sulfate</i>	46		
<i>quinidine sulfate er</i>	46		
<b>R</b>			
<i>RAPAMUNE</i>	65		
<i>RECOMBIVAX HB</i>	77		
<i>REESES PINWORM MEDICINE</i>	37		
<i>RENFLEXIS</i>	63, 66, 75		
<i>RESCRIPTOR</i>	40		
<i>RETACRIT</i>	44		
<i>REVLIMID</i>	52		
<i>rifabutin</i>	36		
<i>RIFAMATE</i>	36		
<i>rifampin</i>	36		
<i>rivastigmine tartrate</i>	27		
<i>rizatriptan benzoate</i>	35		
<i>ropinirole hcl</i>	38		
<i>RUXIENCE</i>	50		
<b>S</b>			
<i>salsalate</i>	18		
<i>SANDOSTATIN LAR DEPOT</i>	61		
<i>selegiline hcl</i>	39		
<i>selenium sulfide</i>	53		
<i>SELZENTRY</i>	40		
<i>SEREVENT DISKUS</i>	71		
<i>SEROMYCIN</i>	36		
<i>sevelamer</i>	57		
<i>SHINGRIX</i>	77		
<i>sildenafil citrate</i>	47		
<i>silver sulfadiazine</i>	55		
		<b>T</b>	
		<i>tacrolimus</i>	65
		<i>TALTZ</i>	54
		<i>tamoxifen citrate</i>	49
		<i>tamsulosin hcl</i>	42
		<i>TDVAX</i>	77
		<i>temozolomide</i>	48
		<i>TENIVAC</i>	77
		<i>terazosin hcl</i>	31, 42
		<i>terbinafine hcl</i>	37
		<i>terbutaline sulfate</i>	74
		<i>terconazole</i>	37
		<i>testosterone cypionate</i>	59
		<i>theophylline er</i>	73
		<i>timolol maleate</i>	69
		<i>tinidazole</i>	38
		<i>tobramycin</i>	21, 70
		<i>topiramate</i>	25, 35
		<i>TRADJENTA</i>	28
		<i>tramadol hcl</i>	20
		<i>tranexamic acid</i>	59
		<i>TRECTOR</i>	36
		<i>TRELEGY ELLIPTA</i>	74
		<i>tretinoin</i>	53
		<i>triamcinolone acetanide</i>	54
		<i>triamterene-hctz</i>	34
		<i>trifluridine</i>	70
		<i>TRIJARDY XR</i>	30
		<i>trimethobenzamide hcl</i>	31
		<i>TRULICITY</i>	28
		<i>TRUMENBA</i>	77
		<i>TRUVADA</i>	41
		<i>TWINRIX</i>	77
		<i>TYSABRI</i>	48

**SALUD FISICA**

<b>U</b>			
ULTOMIRIS	59	verapamil hcl er	33
ur n-c	57	VERZENIO	51
URETRON D/S	57	VIDEX	41
URIMAR-T	57	VIMPAT	27
urin ds	57	VIREAD	41
ursodiol	57		
<b>V</b>		<b>W</b>	
VAGIFEM	49	warfarin sodium	42
valacyclovir	39	Wixela	72
valganciclovir hcl	39		
valproic acid	26	<b>X</b>	
vancomycin hcl	22	XELJANZ	74
VAQTA	77	XELJANZ XR	74
VARIVAX	77		
VAXNEUVANCE	78	<b>Z</b>	
VENCLEXTA	51	zidovudine	41
VENCLEXTA STARTING PACK	51	ZIEXTENZO	43
VENTAVIS	47	ZOLADEX	52
verapamil hcl	33	zonisamide	26

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?

 **ASES**  
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

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