



OBGYN

2023

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



GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
Directora Ejecutiva | Edna Y. Marín Ramos | emarin@asespr.org

9 de marzo de 2023

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

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Listados de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios apoyan el modelo de cuidado médico bajo el modelo de servicios integrados que actualmente rige el Plan Vital. El PDL de Salud Mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados, así como por los médicos contratados por las facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Subformulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios participantes en los Grupos Médicos Primarios.

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

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

Cordialmente,



Edna Y. Marín Ramos, MA
Directora Ejecutiva

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

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV para Salud Física y Salud Mental. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) que evalúa los medicamentos de Salud Física y Salud Mental. Le componen profesionales de la salud activos en la práctica clínica, entre estos médicos primarios, especialistas como psiquiatras y farmacéuticos. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basándose en la más reciente evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

El Listado de Medicamento Preferidos (PDL, por sus siglas en ingles) del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el PDL del PSV a través de su Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM). Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSV.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del PDL mediante el proceso de excepción el cual explicamos en el punto número 2.

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

B. Las compañías aseguradoras (Manage Care Organizations o “MCOs”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager o “PBM”) contratado por ASES.

C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del PDL en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.

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

E. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de doce (12) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.

G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.

H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.

I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.

J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES. Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia.

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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

**LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV
2023**

TABLA DE CONTENIDO

DISEÑO DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2023	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	10
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]	11
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	11
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]	11
ANTIANGIENIC AGENTS [AGENTES PARA LA ANGIENICIDAD]	11
Miscellaneous Angiolytics [Ansiolíticos Misceláneos].....	11
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	11
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]	11
Macrolides [Macrólidos].....	11
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]	12
Penicillins [Penicilinas]	12
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación].....	13
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	13
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]	13
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales].....	14
ANTIANGIENIC AGENTS [AGENTES ANTIANGIENICOS]	14
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas].....	14
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]	14
Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]	14
Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]	14
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]	14
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS].....	15
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	15
Phenothiazines [Fenotiazinas]	15
ANTIANGIENIC AGENTS [ANTIANGIENICOS].....	15
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos].....	15

Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos].....	15
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	16
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	16
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores].....	16
Vasodilators [Vasodilatadores].....	16
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	16
Antituberculars [Antituberculosos].....	16
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	17
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....	17
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales].....	17
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	17
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalarácicos].....	17
Anthelmintics [Antihelmínticos]	17
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	17
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos].....	17
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza].....	18
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa].....	18
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE].....	18
Anticoagulants [Anticoagulantes].....	18
Cobalamins [Cobalaminas].....	18
Folates [Folatos].....	18
Iron [Hierro].....	18
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA].....	19
Bisphosphonates [Bifosfonatos]	19
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS].....	19
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]	19
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh].....	19
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	19
Antihistamines [Antihistamínicos]	19
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]	19
Warts [Verrugas].....	20
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES].....	20
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]	20

GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	20
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	20
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].....	20
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]	20
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	20
Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea].....	20
Estrogens [Estrógenos]	21
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]	21
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	21
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	21
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	21
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]	22
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	22
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	22
Immune Globulins [Inmunoglobulinas].....	23
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	23
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]	23
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	24
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	24
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	24
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 No-Sedantes].....	25
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1].....	25
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	25

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

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

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

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

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

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides De Corta Duración]				
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	PERCOCET	QL=6 tabletas diarias/7 días de suplido en 30 días No refills
ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]				
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	
Macrolides [Macrólidos]				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
ERY-TAB 500 mg tab dr	3	Preferred		
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	

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

OB-GYN

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Preferred		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5	Preferred		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6	Preferred		
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	
Penicillins [Penicilinas]				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, , 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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		
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	
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	

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

OB-GYN

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>cefдинир 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	
<i>ceftriaxone 250 mg IM</i>	1	Preferred	ROCEPHIN	Cubierto para las clínicas de CLETS
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	METROGEL	
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Preferred	CLEOCIN	
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
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		
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	3	Preferred		
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		
Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	4	Preferred		
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	
<i>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	
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]				
<i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ALDOMET	
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	LOPRESSOR	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Preferred	LOPRESSOR HCT	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Preferred	LOPRESSOR HCT	
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
<i>labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab</i>		Preferred	TRANDATE	
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
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>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Preferred	MYAMBUTOL	

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

OB-GYN

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	6	Preferred	MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECATOR 250 mg tab				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]				
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]				
<i>terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm</i>	2	Preferred	TERAZOL	
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]				
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos]				
<i>pentamidine 300 mg inh soln</i>	10	Preferred	NEBUPENT	PA
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	TINDAMAX	Cubierto para las clínicas de CLETS
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	
<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	Cubierto para las clínicas de CLETS

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]				
RELENZA DISKHALER 5 mg/blister inh aer pwdr	3	Preferred		
oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap	4	Preferred	TAMIFLU	
TAMIFLU 6 mg/ ml susp	5	Preferred		
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]				
zidovudine 300 mg tab	2	Preferred	RETROVIR	
zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr	4	Preferred	RETROVIR	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Anticoagulants [Anticoagulantes]				
heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln	2	Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln	3	Preferred	HEPARIN	
heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln	8	Preferred	HEPARIN	
Cobalamins [Cobalaminas]				
cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln	1	Preferred	VIT B-12	
Folates [Folatos]				
folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
Iron [Hierro]				
iron 325 (65 fe) mg tab	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]				
Bisphosphonates [Bifosfonatos]				
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	1	Preferred	FOSAMAX	
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
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	
<i>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]				
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Preferred		PA
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
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	
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]				
<i>clotrimazole 1 % crm</i>	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
<i>nystatin 100000 unit/gm oint</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Warts [Verrugas]				
<i>imiquimod cream 5%</i>	1	Preferred	ALDARA	AL > 12 años, Cubierto para las clínicas de CLETS
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas Y Jeringuillas]				
<i>insulin syringe/needle</i>	1	Preferred	.	
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Preferred		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]				
<i>hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm</i>	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
<i>pramcort 1-1 % rect crm</i>	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea]				
FIRST-PROGESTERONE VGS 100 VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG		Preferred		PA
FIRST-PROGESTERONE VGS 200 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG		Preferred		PA
<i>medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROVERA	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>medroxyprogesterone acetate 150 mg/ml susp</i>	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
<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
ELINEST 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
Estrogens [Estrógenos]				
<i>estradiol 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	ESTRACE	
<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	
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<i>betamethasone sod phos & acet 6 (3-3) mg/ml inj susp</i>	2	Preferred	CELESTONE	
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
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		

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

OB-GYN

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>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</i>	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		
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]				
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Preferred		
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
<i>dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DECADRON	
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	

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

OB-GYN

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>prednisolone 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml soln</i>		Preferred	ORAPRED	
<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	
KENALOG 40 mg/ml inj susp	5	Preferred		
Immune Globulins [Inmunoglobulinas]				
<i>RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit</i>	4	Preferred		
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]				
<i>classic prenatal 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
<i>prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	
<i>prenatal 19 mg tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
<i>prenatal formula 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
<i>prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	
<i>prenatal plus iron 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATABS	

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

OB-GYN

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]				
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Preferred	ATROVENT	
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
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr</i>	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST
<i>fluticasone-salmeterol 250-50 mcg/dose inh aer pwdr</i>	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
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp,</i>	4	Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	8	Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]

OB-GYN

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 No-Sedantes]				
loratadine 10 mg tab	1	Preferred	CLARITIN	OTC
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]				
promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr	1	Preferred	PHENERGAN	
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1
terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	BRETHINE	
albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días Límite de repeticiones =2
albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días Límite de repeticiones =1
albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]

OB-GYN

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo o Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<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

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

OB-GYN

A

<i>acyclovir</i>	17
ADVAIR HFA	24, 25
<i>albuterol HFA</i>	25
<i>albuterol sulfate</i>	25, 26
<i>albuterol sulfate syrup</i>	25
<i>alendronate sodium</i>	19
<i>alyacen 1/35</i>	21
<i>amoxicillin</i>	12
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	12, 13
<i>ampicillin</i>	13
<i>atenolol</i>	15
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	16
<i>azithromycin</i>	11

B

<i>betamethasone sod phos & acet</i>	21
BICILLIN L-A	13
<i>budesonide</i>	24

C

CARAFATE	20
<i>carvedilol</i>	16
<i>cefaclor</i>	13
<i>cefdinir</i>	13, 14
<i>cefprozil</i>	13
<i>ceftriaxone</i>	14
<i>cephalexin</i>	11
<i>cimetidine hcl</i>	20
<i>classic prenatal</i>	23
<i>clindamycin hcl</i>	12
<i>clindamycin phosphate</i>	14
<i>clotrimazole</i>	19
CRYSSELLE-28	21
<i>cyanocobalamin</i>	18

D

<i>dapsone</i>	17
<i>dexamethasone</i>	22
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	22
DEXFERRUM	18

E

E.E.S. GRANULES	12
ELINEST	21
ERYPED 200	12
ERYPED 400	12
ERY-TAB	11
ERYTHROCIN STEARATE	12
<i>erythromycin base</i>	11
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	11
<i>estradiol</i>	21
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	21
<i>estropipate</i>	21
<i>ethambutol hcl</i>	16

F

<i>famotidine</i>	20
First-Progesterone VGS	20
FLOVENT DISKUS	24
FLOVENT HFA	24
<i>fludrocortisone acetate</i>	21
<i>fluticasone-salmeterol</i>	24
<i>folic acid</i>	18

H

<i>heparin sodium (porcine)</i>	18
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	18
HUMALOG	14
HUMALOG MIX 50/50	14
HUMALOG MIX 75/25	14
HUMULIN 70/30	14
HUMULIN N	14
HUMULIN R	14
<i>hydralazine hcl</i>	16
<i>hydrocortisone</i>	23
<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	20
<i>hydroxyzine hcl</i>	19
<i>hydroxyzine pamoate</i>	11

I

<i>imiquimod</i>	20
INFED	18
<i>insulin syringe/needle</i>	20
<i>ipratropium bromide</i>	24

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

OB-GYN

<i>iron</i>	18
<i>isoniazid</i>	16, 17

K

KENALOG.....	22, 23
--------------	--------

L

<i>labetalol hcl</i>	16
LANTUS.....	14
LANTUS SOLOSTAR.....	14
<i>leucovorin calcium</i>	19
LEVO-T.....	21
<i>levothyroxine sodium</i>	22
<i>loratadine</i>	25
LOW-OGESTREL.....	21
LUPRON DEPOT.....	19

M

MACRODANTIN.....	12
MEDROL.....	22
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	20, 21
<i>methyl dopa</i>	15
<i>methylprednisolone</i>	22, 23
<i>methylprednisolone (pak)</i>	22
<i>metoclopramide hcl</i>	15
<i>metoprolol succinate er</i>	15
<i>metoprolol tartrate</i>	15
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	16
<i>metronidazole</i>	12, 14

N

<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	12
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	12
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	12
<i>nystatin</i>	19

O

<i>oseltamivir phosphate</i>	18
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	11

P

<i>penicillin g procaine</i>	13
<i>penicillin v potassium</i>	13

<i>pentamidine</i>	17
<i>pramcort</i>	20
<i>prednisolone</i>	23
<i>prednisone</i>	23
<i>prednisone (pak)</i>	23
<i>prenatal</i>	23
<i>prenatal 19</i>	23
<i>prenatal formula</i>	23
<i>prenatal low iron</i>	23
<i>prenatal plus iron</i>	23
<i>prenatal vitamins</i>	24
<i>prochlorperazine</i>	15
<i>prochlorperazine edisylate</i>	15
<i>prochlorperazine maleate</i>	15
<i>promethazine hcl</i>	25
<i>propranolol hcl</i>	16

R

RELENZA DISKHALER.....	18
RHOGAM.....	23
<i>rifabutin</i>	17
RIFAMATE.....	17
<i>rifampin</i>	16

S

<i>sucralfate</i>	20
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	13
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	13
SYNTHROID.....	22

T

TAMIFLU.....	18
<i>terbutaline sulfate</i>	25
<i>terconazole</i>	17
<i>tinidazole</i>	17
TRECTOR.....	17
<i>trimethobenzamide hcl</i>	15

V

VAGIFEM.....	22
<i>valacyclovir</i>	17

W

Wixela.....	24
-------------	----

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

OB-GYN

Z

<i>zidovudine</i>	18
ZOLADEX	19

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

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



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



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

Salud en tus manos
GOBIERNO DE PUERTO RICO