



# OBGYN

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



15 de julio de 2024

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

Estimado proveedor:

A continuación, se presenta el Listado 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, además han sido considerados por profesionales activos en su práctica clínica. Los formularios son documentos revisados frecuentemente conforme al modelo de Organizaciones de Manejo de Cuidado. Estos pueden sufrir cambios regularmente, lo cual se notifica 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/>

Atentamente,

Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS  
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

TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| <b>DISEÑO DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA</b> ..... | 9  |
| MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....  | 10 |
| THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] .....   | 11 |
| ANALGESICS [ANALGÉSICOS] .....   | 11 |
| Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración] .....                   | 11 |
| ANTIAXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD] .....   | 11 |
| Miscellaneous Anxiolytics [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 |
| ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS] .....   | 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 |
| ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS].....   | 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

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

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

El análisis de los costos netos es un ejercicio continuo y está sujeto a cambios constantes. Los mismos según aquí publicados, serán vigentes al momento a fecha de esta edición del 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]                   |
|--|-------------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| <b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>                            |                         |             |                                       |  |
| <b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>                                   |                         |             |                                       |  |
| <b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opioides De Corta Duración]</b> |                         |             |                                       |  |
| <i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>                                    | 1                       | Preferred   | PERCOCET                              | QL=6 tabletas diarias/7 días de suplido en 30 días<br>No refills |
| <b>ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]</b>                          |                         |             |                                       |  |
| <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>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>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>  | 2                       | Preferred   | KEFLEX                                |  |
| <b>Macrolides [Macrólidos]</b>   |                         |             |                                       |  |
| <i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>                                     | 1                       | Preferred   | ZITHROMAX                             |  |
| <i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>     | 2                       | Preferred   | ZITHROMAX                             |  |
| <i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>   | 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]

| 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   |                                       |  |
| <b>Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>   |                       |             |                                       |  |
| <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                            |  |
| <b>Penicillins [Penicilinas]</b>  |                       |             |                                       |  |
| <i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, , 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i> | 1                     | Preferred   | AMOXIL                                |  |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>                             | 1                     | Preferred   | AUGMENTIN                             |  |

• 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] |
|--|-------------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| <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>Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]</b>         |                         |             |                                       |  |
| <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                                |  |
| <b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>   |                         |             |                                       |  |
| <i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>  | 1                       | Preferred   | SEPTRA                                |  |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>                 | 1                       | Preferred   | SEPTRA                                |  |
| <b>Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]</b>          |                         |             |                                       |  |
| <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]

| 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            |
| <b>Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]</b>                    |                         |             |                                       |  |
| <i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>                                    | 2                       | Preferred   | METROGEL                              |  |
| <i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>                               | 3                       | Preferred   | CLEOCIN                               |  |
| <b>ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]</b>                    |                         |             |                                       |  |
| <b>Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]</b>                         |                         |             |                                       |  |
| 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   |                                       |  |
| HUMALOG Mix 50/50 KwikPen 100 unit/ml sc susp                          |                         | Preferred   |                                       |  |
| <b>Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]</b> |                         |             |                                       |  |
| HUMULIN N 100 unit/ml sc susp  | 2                       | Preferred   |                                       |  |
| <b>Long-Acting Insulins [Insulinas De Larga Duración]</b>              |                         |             |                                       |  |
| LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector         | 3                       | Preferred   |                                       |  |
| LANTUS 100 unit/ml sc soln   | 3                       | Preferred   |                                       |  |
| <b>Rapid-Acting Insulins [Insulinas De Rápida Duración]</b>            |                         |             |                                       |  |
| HUMALOG 100 unit/ml sc soln  | 4                       | Preferred   |                                       |  |
| <b>Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]</b>             |                         |             |                                       |  |
| 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] |
|---|-------------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| <b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>   |                         |             |                                       |  |
| <b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>                                     |                         |             |                                       |  |
| <i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i> | 1                       | Preferred   | REGLAN                                |  |
| <i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>   | 1                       | Preferred   | TIGAN                                 |  |
| <b>Phenothiazines [Fenotiazinas]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <i>prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln</i>  | 1                       | Preferred   | COMPAZINE                             |  |
| <i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>   | 1                       | Preferred   | COMPAZINE                             |  |
| <i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>   | 4                       | Preferred   | COMPAZINE                             |  |
| <b>ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <b>Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]</b>                                  |                         |             |                                       |  |
| <i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>  | 1                       | Preferred   | ALDOMET                               |  |
| <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   | 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] |
|--|-------------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| <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                             |  |
| <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                         |  |
| <b>Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]</b>                               |                         |             |                                       |  |
| <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                               |  |
| <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                            |  |
| <b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <b>Antituberculars [Antituberculosos]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <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]



| Drug Name [Nombre del Medicamento]  | Net Cost [Costo o 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   |                         |             |                                       |  |
| <b>Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]</b>       |                         |             |                                       |  |
| <i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>  | 2                       | Preferred   | DAPSONE                               |  |
| <b>ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]</b>                                       |                         |             |                                       |  |
| <b>Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]</b>                             |                         |             |                                       |  |
| <i>terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm</i>                                 | 2                       | Preferred   | TERAZOL                               |  |
| <b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <b>Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráticos]</b> |                         |             |                                       |  |
| <i>pentamidine 300 mg inh soln</i>  | 10                      | Preferred   | NEBUPENT                              | PA   |
| <b>Anthelmintics [Antihelmínticos]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>  | 1                       | Preferred   | TINDAMAX                              | Cubierto para las clínicas de CLETS                        |
| <b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>   |                         |             |                                       |  |
| <b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>                             |                         |             |                                       |  |
| <i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>                             | 1                       | Preferred   | ZOVIRAX                               |  |
| <i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>  | 2                       | Preferred   | ZOVIRAX                               |  |
| <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   | VALTRESX                              | 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] |
|---|-------------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| <b>Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]</b>  |                         |             |                                       |  |
| 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   |                                       |  |
| <b>Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]</b> |                         |             |                                       |  |
| zidovudine 300 mg tab   | 2                       | Preferred   | RETROVIR                              |  |
| zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr  | 4                       | Preferred   | RETROVIR                              |  |
| <b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>   |                         |             |                                       |  |
| <b>Anticoagulants [Anticoagulantes]</b>   |                         |             |                                       |  |
| 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                               |  |
| <b>Cobalamins [Cobalaminas]</b>   |                         |             |                                       |  |
| cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln   | 1                       | Preferred   | VIT B-12                              |  |
| <b>Folates [Folatos]</b>  |                         |             |                                       |  |
| folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab   | 1                       | Preferred   | FOLIC ACID                            | OTC  |
| <b>Iron [Hierro]</b>  |                         |             |                                       |  |
| 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] |
|---|-------------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| <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>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <b>Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]</b>            |                         |             |                                       |  |
| <i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>  | 3                       | Preferred   | LEUCOVORIN                            |  |
| <i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>  | 4                       | Preferred   | LEUCOVORIN                            |  |
| <i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>   | 9                       | Preferred   | LEUCOVORIN                            |  |
| <i>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</i>   | 9                       | Preferred   | LEUCOVORIN                            |  |
| <b>Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]</b>                |                         |             |                                       |  |
| 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   |
| <b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>                                 |                         |             |                                       |  |
| <b>Antihistamines [Antihistamínicos]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</i> | 1                       | Preferred   | ATARAX                                |  |
| <b>Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]</b>                                     |                         |             |                                       |  |
| <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]    |
|---|-------------------------|-------------|---------------------------------------|---|
| <b>Warts [Verrugas]</b>   |                         |             |                                       |   |
| <i>imiquimod cream 5%</i>   | 1                       | Preferred   | ALDARA                                | AL > 12 años, Cubierto para las clínicas de CLETS |
| <b>DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]</b>                          |                         |             |                                       |   |
| <b>Needles &amp; Syringes [Agujas Y Jeringuillas]</b>                         |                         |             |                                       |   |
| <i>insulin syringe/needle</i>   | 1                       | Preferred   | .                                     |   |
| <b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>                   |                         |             |                                       |   |
| <b>Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]</b>                               |                         |             |                                       |   |
| <i>sucralfate 1 gm tab</i>  | 1                       | Preferred   | CARAFATE                              |   |
| CARAFATE 1 gm/10ml susp   | 3                       | Preferred   |                                       |   |
| <b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]</b> |                         |             |                                       |   |
| <i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>                         | 1                       | Preferred   | PEPCID                                |   |
| <i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>   | 1                       | Preferred   | TAGAMET                               |   |
| <b>Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]</b>               |                         |             |                                       |   |
| <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                           |   |
| <b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>                                   |                         |             |                                       |   |
| <b>Dysmenorrhea Agents [Agentes Para La Dismenorrea]</b>                      |                         |             |                                       |   |
| 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   |
| <b>Estrogens [Estrógenos]</b>   |                       |             |                                       |  |
| <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                           |  |
| <b>Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]</b>  |                       |             |                                       |  |
| <i>estradiol-norethindrone acet 1-0.5 mg tab</i>  | 4                     | Preferred   | ACTIVELLA                             |  |
| <b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>  |                       |             |                                       |  |
| <i>betamethasone sod phos &amp; acet 6 (3-3) mg/ml inj susp</i>   | 2                     | Preferred   | CELESTONE                             |  |
| <b>Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]</b>   |                       |             |                                       |  |
| <i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>   | 1                     | Preferred   | FLORINEF                              |  |
| <b>Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]</b>  |                       |             |                                       |  |
| 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]

| 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   |                                       |  |
| <b>Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]</b>  |                         |             |                                       |  |
| VAGIFEM 10 mcg vag tab   | 3                       | Preferred   |                                       |  |
| <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                              |  |
| 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]

| Drug Name [Nombre del Medicamento]  | Net Cost [Costo o 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   |                                       |  |
| <b>Immune Globulins [Immunoglobulinas]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <i>RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit</i>                               | 4                       | Preferred   |                                       |  |
| <b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>                     |                         |             |                                       |  |
| <b>Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]</b>                                   |                         |             |                                       |  |
| <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]

| 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                     |  |
| <b>RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]</b>  |                         |             |                                       |  |
| <b>Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]</b>                      |                         |             |                                       |  |
| <i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>   | 1                       | Preferred   | ATROVENT                              |  |
| <b>Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]</b>                                      |                         |             |                                       |  |
| 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</i> 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr         | 5                       | Preferred   |                                       | QL = 1 pompa / 30 días, ST                     |
| <i>fluticasone-salmeterol</i> 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                     |
| <i>budesonide</i> 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp,                                     | 4                       | Preferred   | PULMICORT                             | AL ≤ 12 años                                   |
| <i>budesonide</i> 1mg/2ml inh susp   | 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]



| 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                                  |
| <b>Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores De Histamina1 No-Sedantes]</b> |                         |             |                                       |   |
| loratadine 10 mg tab   | 1                       | Preferred   | CLARITIN                              | OTC   |
| <b>Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]</b>          |                         |             |                                       |   |
| 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                             |   |
| <b>Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]</b>            |                         |             |                                       |   |
| albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln                                     | 1                       | Preferred   | ALBUTEROL                             | QL= 60 amp (180 mL) en 15 días<br>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<br>Límite de repeticiones =2         |
| albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%  | 1                       | Preferred   | ALBUTEROL                             | QL= 20 mL en 30 días<br>Límite de repeticiones =1           |
| albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml  | 1                       | Preferred   | ALBUTEROL                             | QL= 473 mL en 15 días<br>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<br>Límite de repeticiones =1<br>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]

|  |        |   |    |
|--|--------|---|----|
| <b>A</b>                                       |        | <b>E</b>                                  |    |
| <i>acyclovir</i> .....                         | 17     | E.E.S. GRANULES .....                     | 12 |
| ADVAIR HFA .....                               | 24, 25 | ELINEST .....                             | 21 |
| <i>albuterol HFA</i> .....                     | 25     | ERYPED 200 .....                          | 12 |
| <i>albuterol sulfate</i> .....                 | 25, 26 | ERYPED 400 .....                          | 12 |
| <i>albuterol sulfate syrup</i> .....           | 25     | ERY-TAB .....                             | 11 |
| <i>alendronate sodium</i> .....                | 19     | ERYTHROCIN STEARATE .....                 | 12 |
| <i>alyacen 1/35</i> .....                      | 21     | <i>erythromycin base</i> .....            | 11 |
| <i>amoxicillin</i> .....                       | 12     | <i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....  | 11 |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....       | 12, 13 | <i>estradiol</i> .....                    | 21 |
| <i>ampicillin</i> .....                        | 13     | <i>estradiol-norethindrone acet</i> ..... | 21 |
| <i>atenolol</i> .....                          | 15     | <i>estropipate</i> .....                  | 21 |
| <i>atenolol-chlorthalidone</i> .....           | 16     | <i>ethambutol hcl</i> .....               | 16 |
| <i>azithromycin</i> .....                      | 11     |   |    |
| <b>B</b>                                       |        | <b>F</b>                                  |    |
| <i>betamethasone sod phos &amp; acet</i> ..... | 21     | <i>famotidine</i> .....                   | 20 |
| BICILLIN L-A .....                             | 13     | First-Progesterone VGS .....              | 20 |
| <i>budesonide</i> .....                        | 24     | FLOVENT DISKUS .....                      | 24 |
|  |        | FLOVENT HFA .....                         | 24 |
|  |        | <i>fludrocortisone acetate</i> .....      | 21 |
|  |        | <i>fluticasone-salmeterol</i> .....       | 24 |
|  |        | <i>folic acid</i> .....                   | 18 |
| <b>C</b>                                       |        | <b>H</b>                                  |    |
| CARAFATE .....                                 | 20     | <i>heparin sodium (porcine)</i> .....     | 18 |
| <i>carvedilol</i> .....                        | 16     | <i>heparin sodium (porcine) pf</i> .....  | 18 |
| <i>cefaclor</i> .....                          | 13     | HUMALOG .....                             | 14 |
| <i>cefdinir</i> .....                          | 13, 14 | HUMALOG MIX 50/50 .....                   | 14 |
| <i>cefprozil</i> .....                         | 13     | HUMALOG MIX 75/25 .....                   | 14 |
| <i>ceftriaxone</i> .....                       | 14     | HUMULIN 70/30 .....                       | 14 |
| <i>cephalexin</i> .....                        | 11     | HUMULIN N .....                           | 14 |
| <i>cimetidine hcl</i> .....                    | 20     | HUMULIN R .....                           | 14 |
| <i>classic prenatal</i> .....                  | 23     | <i>hydralazine hcl</i> .....              | 16 |
| <i>clindamycin hcl</i> .....                   | 12     | <i>hydrocortisone</i> .....               | 23 |
| <i>clindamycin phosphate</i> .....             | 14     | <i>hydrocortisone ace-pramoxine</i> ..... | 20 |
| <i>clotrimazole</i> .....                      | 19     | <i>hydroxyzine hcl</i> .....              | 19 |
| CRYSELLE-28 .....                              | 21     | <i>hydroxyzine pamoate</i> .....          | 11 |
| <i>cyanocobalamin</i> .....                    | 18     |   |    |
| <b>D</b>                                       |        | <b>I</b>                                  |    |
| <i>dapsone</i> .....                           | 17     | <i>imiquimod</i> .....                    | 20 |
| <i>dexamethasone</i> .....                     | 22     | INFED .....                               | 18 |
| <i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....    | 22     | <i>insulin syringe/needle</i> .....       | 20 |
| DEXFERRUM .....                                | 18     | <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]

Z

*zidovudine* .....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

