



SALUD FÍSICA

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



GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

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 registrarse 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 médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

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

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

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

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

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

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

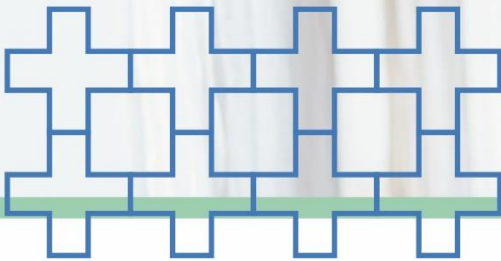
l. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

4. Regla de Emergencia

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

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

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



SALUD FÍSICA

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

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

TABLA DE CONTENIDO

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

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

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

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

Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]	46
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]	47
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	47
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	47
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III].....	47
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente]	47
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos].....	47
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]	48
Vasodilators [Vasodilatadores]	48
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]	48
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]	48
Amyotrophic Lateral Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Lateral Amiotrófica]	49
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	49
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes].....	49
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis].....	50
Antiandrogens [Antiandrógenos].....	50
Antiestrogens [Antiestrógenos]	50
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]	50
Antimetabolites [Antimetabolitos].....	50
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos].....	51
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores de Enzimas]	51
Appetite Stimulants [Estimulantes de Apetito].....	52
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa].....	52
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]	52
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH]	52
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]	53
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásticos Misceláneos]	53
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]	53
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]	54
Antifungals [Antifungales]	54
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]	54
Xerostomia [Xerostomía].....	54

DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	54
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné].....	54
Acne Products [Productos para el Acné]	54
Antihistamines [Antihistamínicos]	54
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]	54
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos].....	55
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]	55
Eczema Agents [Agentes para Eczema]	55
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia].....	55
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia].....	55
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia]	56
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia].....	56
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]	56
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]	56
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]	56
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos].....	56
Warts [Verrugas].....	56
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	57
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Acidos Biliares].....	57
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico].....	57
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]	57
Dislipidémicos, Otros [Dyslipidemics, Other].....	57
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES].....	58
Antispasmodics [Antiespasmódicos]	58
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	58
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]	58
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]	58
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]	58
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]	58
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]	59
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]	59
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos].....	59

Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato].....	59
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios].....	59
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]	59
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]	59
Antihemophilic Products [Productos Antihemofílicos].....	59
Bradykinin B2 Receptor Antagonists [Agonistas del Receptor de Bradiquinina 2].....	61
Hemostatics [Hemostáticos]	61
Plasma Kallikrein Inhibitors [Inibidor de calicreína plasmática]	61
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	61
Androgens [Andrógenos].....	61
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]	61
Calcimimetics [Calcimiméticos].....	61
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina].....	61
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]	62
Estrogens [Estrógenos]	62
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]	62
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento].....	63
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	63
Prostaglandins [Prostaglandinas]	63
Somatostatic Analogs [Análogos de Somostatina]	63
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	64
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]	64
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]	65
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	65
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	66
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	66
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]	67
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]	68
Aminosalicylates [Aminosalicilatos].....	68
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	68
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia].....	69
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	69

MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	69
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]	69
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]	69
Chelating Agents [Agentes Quelantes].....	69
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]	69
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]	70
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]	70
Vitamin K [Vitamina K]	71
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]	71
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad].....	71
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]	71
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES].....	71
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]	71
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]	71
Nasal Steroids [Esteroides Nasales].....	71
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]	71
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]	71
Miotics [Mióticos]	72
Mydriatics [Midriáticos]	72
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	72
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos].....	72
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]	73
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	73
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	73
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	73
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	73
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	73
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	74
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	74
Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración].....	74
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	74
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]	74

SALUD FÍSICA

Beta-2 Agonist Long Acting [Agonistas Beta-2 de Larga Duración].....	74
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis].....	74
Cystic Fibrosis Agents [Agentes Para La Fibrosis Quística].....	74
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	75
Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies].....	76
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes].....	76
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]	76
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	77
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]	77
Antirheumatic-Enzyme Inhibitors [Antireumáticos- Inhibidores de enzimas].....	77
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]	78
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos].....	79
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]	79
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]	79
VACCINES [VACUNAS]	79
Vaccines [Vacunas]	79

ISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA 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]
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.

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos /Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración]				
<i>fentanyl 12 mcg/hr td patch 72 hr, 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	Preferred	DURAGESIC	
<i>fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	3	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	3	Preferred	MORPHINE	
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	4	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	4	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	Preferred	MORPHINE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	Preferred	MORPHINE	
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>		Preferred	METHADONE	ASSMCA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/ 5ml</i>		Preferred	METHADONE	ASSMCA
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración]				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills AL >18 años
<i>acetaminophen-codeine 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días AL >18 años
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	NORCO	QL=6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	QL=6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	QL=3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DEMEROL	QL=1 vial para 30 días
<i>morphine sulfate 15 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	QL=3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>morphine sulfate 30 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	QL=1 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	PERCOCET	QL= 6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días

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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]				
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	NARCAN	
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>diazepam 1 mg/ml soln, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml oral conc</i>	1	Preferred	VALIUM	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>midazolam hcl 10 mg/10ml inj soln, 2 mg/2ml inj soln, 5 mg/5ml inj soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VERSED	QL 5ml / 30días
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
Aminoglycosides [Aminoglucósidos]				
<i>tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln</i>	18	Preferred	TOBI	PA
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Macrolides [Macrólidos]				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Preferred		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	FLAGYL	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	1	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACROBID	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML</i>	6	Preferred	FURADANTIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>vancomycin hcl 125 mg cap</i>	9	Preferred	VANCOCIN	
<i>vancomycin hcl 250 mg cap</i>	10	Preferred	VANCOCIN	
Penicillinis [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, 600-42.9 mg/5ml susp, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Preferred		

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Quinolones [Quinolonas]				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	Preferred	CIPRO	
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación]				
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	Preferred	SULFADIAZINE	
Tetracyclines [Tetraciclinas]				
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	MINOCIN	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Preferred	MONODOX	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Preferred	VIBRAMYCIN	
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación]				
<i>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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 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>cefдинир 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	
<i>ceftriaxone 250 mg IM</i>	1	Preferred	ROCEPHIN	
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	METROGEL VAGINAL	
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Preferred	CLEOCIN	
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	1	Preferred	TEGRETOL	
<i>clobazam 10 mg tab, 20 mg tab, 2.5 mg/ml oral susp</i>		Preferred	ONFI	PA
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	
<i>lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg</i>	3	Preferred	LAMICTAL	
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	KEPPRA	
<i>levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg</i>	3	Preferred	KEPPRA XR	
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	1	Preferred	TRILEPTAL	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab</i>	1	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MYSOLINE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DEPAKENE	
<i>zonisamide 50 mg cap</i>	1	Preferred	ZONEGRAN	
<i>DILANTIN 30 mg cap</i>	2	Preferred		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	NEURONTIN	
<i>levetiracetam 100 mg/ml soln, 1000 mg tab, 750 mg tab</i>	2	Preferred	KEPPRA	
<i>oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab</i>	2	Preferred	TRILEPTAL	
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	2	Preferred	DILANTIN	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	2	Preferred	DILANTIN	
<i>zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap</i>	2	Preferred	ZONEGRAN	
<i>carbamazepine er 200 mg tab er 12 hr</i>	3	Preferred	TEGRETOL	
<i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln</i>	3	Preferred	ZARONTIN	
<i>phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln</i>	3	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>carbamazepine 100 mg/5ml susp</i>	4	Preferred	TEGRETOL	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>carbamazepine er 400 mg tab er 12 hr</i>	4	Preferred	TEGRETOL	
<i>lacosamide 10 mg/ml soln, 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab</i>	4	Preferred	VIMPAT	PA
<i>lacosamide 200 mg tab, 200 mg/20ml iv soln</i>	5	Preferred	VIMPAT	PA
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml susp</i>	4	Preferred	TRILEPTAL	
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]				
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia]				
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	6	Preferred	HYDERGINE	
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa]				
<i>donepezil hcl 10 mg tab, 10 mg odt, 5 mg tab, 5 mg odt</i>	1	Preferred	ARICEPT	
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	3	Preferred	EXELON	
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA]				
<i>memantine 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	
<i>memantine TITRATION PAK 5 (28)-10 (21) mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Antidepressants [Antidepresivos]				
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	Preferred	ELAVIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOFRANIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	PAMELOR	MENTAL, SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
<i>duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap</i>	2	Preferred	CYMBALTA	
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa]				
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	Preferred	PRECOSE	
Biguanides [Biguanidas]				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE XR	
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4]				
JENTADUETO 2.5-500 mg tab, 2.5-850 mg tab, 2.5-1000 mg tab	4	Preferred		ST
JENTADUETO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr	4	Preferred		ST
TRADJENTA 5 mg tab	4	Preferred		ST
GLP-1 receptor agonist [Agonistas del receptor GLP-1]				
TRULICITY 0.75 mg/0.5ml sc soln pen-inj, 1.5 mg/0.5ml sc soln pen-inj, 3 mg/0.5ml sc soln pen-inj, 4.5 mg/0.5ml sc soln pen-inj		Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]				
BAQSIMI 3mg/dose nasal pwdr	5	Preferred		Pacientes con diabetes tipo 1, AL= 4-21 años, QL= 2/365 días, no refill.
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		
HUMALOG Mix 50/50 KwikPen 100 unit/ml sc susp		Preferred		
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin]				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	2	Preferred		
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]				
JARDIANCE 10 mg tab, 25 mg tab	5	Preferred		
SYNJARDY 5-500 mg tab, 5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab, 12.5-1000 mg tab	5	Preferred		
SYNJARDY XR 5-1000 mg tab, 10-1000 mg tab, 12.5-1000 mg tab, 25-1000 mg tab	5	Preferred		
TRIJARDY XR 5-2.5-1000 mg tab, 10-5-1000 mg tab, 12.5-2.5-1000 mg tab, 25-5-1000 mg tab	5	Preferred		
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]				
insulin syringe/needle	1	Preferred		
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3]				
ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab	1	Preferred	ZOFRAN	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr, 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	Preferred	TIGAN	
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
<i>prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	Preferred	COMPAZINE	
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]				
Antigout Agents [Agentes Antigota]				
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ZYLOPRIM	
<i>colchicine 0.6 mg cap</i>	3	Preferred	MITIGARE	PA
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
Uricosurics [Uricosúricos]				
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	Preferred	BENEMID	
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]				
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ALDOMET	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	COZAAR	
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	HYZAAR	
<i>valsartan 40 mg tab, 80 mg tab, 160-320 mg tab</i>		Preferred	DIOVAN	
<i>valsartan-hctz 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab 320-25 mg tab 80-12.5 mg tab</i>		Preferred	DIOVAN HCT	
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]				
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MONOPRIL	
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTRIL	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]				
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NORVASC	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	PROCARDIA XL	
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	CALAN	
<i>verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er</i>	1	Preferred	CALAN SR	
<i>diltiazem hcl er beads 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr, 360 mg er 24 hr</i>	2	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	PROCARDIA XL	
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]				
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	Preferred	DIAMOX	
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	TOPROL XL	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	TOPROL XL	
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	
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]				
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	BUMEX	
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]				
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ALDACTONE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	Preferred	MAXZIDE	
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	DIURIL	
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	HYGROTON	
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LOZOL	
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZAROXOLYN	
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	2	Preferred	HYGROTON	
<i>metolazone 10 mg tab</i>	2	Preferred	ZAROXOLYN	
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	
<i>minoxidil 10 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LONITEN	
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]				
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]				
<i>sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMITREX	QL= 9 tab/ 30 días
<i>rizatriptan benzoate 10 mg tab, 5 mg tab</i>		Preferred	MAXALT	QL= 12 tab / 30 días
Calcitonin Gene-related Peptide (CGRP) Receptor Antagonist [Antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP)]				
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 mg/ml sc sol pfs		Preferred		PA
EMGALITY 120 mg/ml subq sol auto-injector, 120 mg/ml subq sol prefilled syringe		Preferred		PA
NURTEC 75 MG ODT		Preferred		PA
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]				
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	6	Preferred	MESTINON	
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>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	Preferred	PYRAZINAMIDE	
<i>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Preferred	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>			MYCOBUTIN	Puerto Rico Health
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
RIFAMATE 50-300 mg cap				Department Tuberculosis Control Program
TRECTOR 250 mg tab				
CAPASTAT 1 gm inj				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]				
Antifungals [Antifungales]				
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DIFLUCAN	
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	1	Preferred	NIZORAL	
<i>nystatin 100000 unit/gm crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	Preferred	LAMISIL	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	2	Preferred	DIFLUCAN	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>		Preferred	SPORANOX	VIH/SIDA
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]				
<i>terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm</i>	2	Preferred	TERAZOL	
Antimalarials [Antimaláricos]				
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ARALEN	
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab, 400 mg tab</i>	1	Preferred	PLAQUENIL	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	15	Preferred	DARAPRIM	PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos]				
<i>pentamidine isethionate 300 mg inh soln</i>	4	Preferred	NEBUPENT	PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]				
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
PIN-X 720.5 mg chew tab	1	Preferred		OTC
REESSES PINWORM MEDICINE 144 mg/ml Susp	1	Preferred		OTC
<i>praziquantel</i> 600 mg tab		Preferred	BILTRICIDE	PA
<i>ivermectin</i> 3 mg tab	1	Preferred	STROMEKTOL	
<i>tinidazole</i> 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	TINDAMAX	
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
<i>benztropine mesylate</i> 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	1	Preferred	COGENTIN	
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]				
<i>amantadine hcl</i> 50 mg/5ml syr	1	Preferred	SYMMETREL	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab	1	Preferred	MIRAPEX	
<i>ropinirole hcl</i> 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	REQUIP	
<i>ropinirole hcl</i> 2 mg tab	2	Preferred	REQUIP	
<i>amantadine hcl</i> 100 mg cap	3	Preferred	SYMMETREL	
<i>bromocriptine mesylate</i> 2.5 mg tab	3	Preferred	PARLODEL	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> 18.75-75-200 mg tab	4	Preferred	STALEVO	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	5	Preferred	STALEVO	
Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]				
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	1	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	2	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	Preferred	SINEMET CR	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Preferred	CARBEX	
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza]				
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap, 6 mg/ml susp</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Preferred	VALCYTE	PA
Anti-hepatitis B (hbv) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]				
<i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	3	Preferred	BARACLUDE	PA
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]				
<i>MAVYRET 100-40 mg tab</i>	24	Preferred		PA
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100 mg tab</i>		Preferred	EPCLUSA	PA
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	Cubierto para las clínicas de CLETS
<i>valacyclovir 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	Preferred	VALTREX	
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]				
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>			EPZICOM	VIH/SIDA
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir 600-200-300 mg tab</i>			ATRIPLA	
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]				
ISENTRESS HD 600 mg tab				VIH/SIDA
ISENTRESS potassium 400 mg tab				
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]				
SELZENTRY 300 mg tab				VIH/SIDA
SUNLENCA 4 x 300 mg tab pack, 5 x 300 mg tab pack, subcutaneous 463.5 MG/1.5ML				
FUZEON subcutaneous kit 90 mg				
APTIVUS 250 mg cap				
BIKTARVY 50-200-25 mg tab				
CABENUVA 400 & 600 mg/2ml im susp ER, 600 & 900 mg/3ml im susp ER				
COMPLERA 200-25-300 mg tab				
DELSTRIGO 100-300-300 mg tab				

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
DESCOVY 200-25 mg tab				
DOVATO 50-300 mg tab				
EDURANT 25 mg tab				
EVOTAZ 300-50 mg tab				
GENVOYA 150-150-200-10 mg tab				
JULUCA 50-25 mg tab				
KALETRA 100-25 mg tab, 200-50 mg tab, 400-100 mg/5ml oral sol				
LEXIVA 700 mg tab				
NORVIR 80 mg/ml oral sol				
<i>ritonavir</i> 100 mg tab			NORVIR	
ODEFSEY 200-25-25 mg tab				
PIFELTRO 100 mg tab				
PREZCOBIX 800-150 mg tab				
PREZISTA 600 mg tab, 800 mg tab, 100 mg/ml oral susp				
<i>atazanavir sulfate</i> 200 mg cap, 300 mg cap,			REYATAZ	
RUKOBIA 600 mg ER 12 HR tab,				
STRIBILD 150-150-200-300 mg tab				
SYMTUZA 800-150-200-10 mg tab				
TIVICAY 50 mg tab				
TRIUMEQ 600-50-300 mg tab				
TROGARZO 200 mg/1.33ml iv sol				

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
VIRACEPT 250 mg tab-625 mg tab				
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]				
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	1	Preferred	VIRAMUNE	
<i>nevirapine 50 mg/5ml susp</i>	5	Preferred	VIRAMUNE	
<i>efavirenz 200 mg cap, 50 mg cap, 600mg tab</i>	6	Preferred	SUSTIVA	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Preferred		
SUSTIVA 50 mg cap, 200 mg cap	6	Preferred		
<i>nevirapine er, 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr</i>	7	Preferred	VIRAMUNE XR	
INTELENCE 200 mg tab				VIH/SIDA
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa]				
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	2	Preferred	RETROVIR	
<i>stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	Preferred	ZERIT	
<i>didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr</i>	4	Preferred	VIDEX	
<i>lamivudine 10 mg/ml soln</i>	5	Preferred	EPIVIR	
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	4	Preferred	EPIVIR	
<i>zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr</i>	4	Preferred	RETROVIR	
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	5	Preferred	ZIAGEN	
<i>didanosine 400 mg cap dr</i>	5	Preferred	VIDEX	
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	5	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Preferred		

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	6	Preferred	COMBIVIR	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	10	Preferred	TRIZIVIR	
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>			EMTRIVA	VIH/SIDA
EMTRIVA 10 MG/ML oral sol				
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>			VIREAD	
<i>emtricitabine-tenofovir DF 200-300 mg tab</i>			TRUVADA	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]				
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]				
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROSCAR	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	Preferred	FLOMAX	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Anticoagulants [Anticoagulantes]				
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	COUMADIN	
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	2	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	8	Preferred	HEPARIN	
Cobalamins [Cobalaminas]				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
FULPHILA 6 mg/0.6ml sc pfs soln		Preferred	NEULASTA	PA
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	9	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr	9	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	9	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln	9	Preferred		PA
ZIEXTENZO 6 mg/0.6ml sc soln pfs	12	Preferred		PA
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]				
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	7	Preferred		PA
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	10	Preferred		PA
RETACRIT 2000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 3000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 4000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
RETACRIT 20000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]				
ELIQUIS 2.5 mg tab, 5 mg tab	4	Preferred		
ELIQUIS DVT/PE Starter Pack 5 mg tab	4	Preferred		
XARELTO 2.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab		Preferred		
XARELTO Starter Pack 15 mg tab & 10 mg tab		Preferred		
Folates [Folatos]				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
Iron [Hierro]				
<i>ferrous sulfate 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	OTC
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 16 for monthly net cost range [Ver página 16 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]
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]				
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml sc soln, 40 mg/0.4ml sc soln</i>	5	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 300 mg/3ml inj soln, 60 mg/0.6ml sc soln, 80 mg/0.8ml sc soln</i>	7	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml sc soln</i>	9	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 120 mg/0.8ml sc soln</i>	10	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 150 mg/ml sc soln</i>	14	Preferred	LOVENOX	PA
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas]				
<i>aspirin 325 mg tab, 325 mg tab dr, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>aspirin low dose 81 mg tab, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	PLETAL	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	Preferred	PLAVIX	
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	
Metabolic Bone Disease Agents [Agentes Para La Enfermedad Metabólica Del Hueso]				
<i>PROLIA 60 mg/ml sc soln pfs</i>		Preferred		PA
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]				
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]				
<i>labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab</i>		Preferred	TRANDATE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	BETAPACE	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]				
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINAGLUTE	
<i>quinidine sulfate er 300 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]				
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	2	Preferred	MEXITIL	
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	3	Preferred	MEXITIL	
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]				
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	1	Preferred	RYTHMOL	
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	2	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	3	Preferred	RYTHMOL	
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente]				
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	1	Preferred	TRENTAL	
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]				
<i>digox 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>digoxin 0.05 mg/ml soln, 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
ENTRESTO 24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab	5	Preferred	ENTRESTO	PA
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]				
<i>ambrisentan 10 mg tab, 5 mg tab</i>	12	Preferred	LETAIRIS	PA
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	Preferred	REVATIO	PA
ADEMPAS 0.5 mg tab	15	Preferred		PA
ADEMPAS 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab	18	Preferred		PA
ADEMPAS 2.5 mg tab	20	Preferred		PA
ORENITRAM 0.125 mg, 0.25 mg, 1 mg, 2.5 mg, 5 mg tab	25	Preferred		PA
<i>tadalafil (PAH) 20 tab</i>			Adcirca	PA
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>nitroglycerin 0.2 mg/hr td patch 24hr</i>	1	Preferred	NITRODUR	
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr</i>	2	Preferred	NITRODUR	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]				
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]				
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr, 120-240 MG starter pck, 240 mg cap dr</i>	22	Preferred	TECFIDERA	PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<i>dalfampridine 10 tab er 12hr</i>	5	Preferred		PA
<i>glatiramer 20 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe</i>	15	Preferred		PA
<i>glatiramer 40 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe</i>	11	Preferred		PA
AVONEX 30 mcg im kit	13	Preferred		PA
AVONEX PEN 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA
AVONEX PREFILLED 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA
GILENYA 0.25 mg cap	15	Preferred		PA
<i> fingolimod 0.5 mg cap</i>		Preferred	GILENYA	PA
TYSABRI intravenous concentrate 300 mg/15ml	15	Preferred		PA
BETASERON 0.3 mg sc kit	13	Preferred		PA
OCREVUS 300 mg/10 ml IV	15	Preferred		PA
Amyotrophic Lateral Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Lateral Amiotrófica]				
<i> riluzole 50 mg tab</i>		Preferred	RILUTEK	PA
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]				
<i> lomustine 10 mg cap</i>	3	Preferred	CEENU	
<i> melphalan 2 mg tab</i>	4	Preferred	ALKERAN	
<i> temozolomide 5 mg cap</i>	4	Preferred	TEMODAR	PA
<i> lomustine 40 mg cap</i>	5	Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Preferred		
<i> lomustine 100 mg cap</i>	6	Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7	Preferred		
<i> temozolomide 20 mg cap</i>	9	Preferred	TEMODAR	PA
<i> temozolomide 250 mg cap</i>	11	Preferred	TEMODAR	PA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 16 for monthly net cost range [Ver página 16 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>temozolomide 140 mg cap</i>	13	Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	14	Preferred	TEMODAR	PA
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]				
STIVARGA 40 mg tab	15	Preferred		PA
Antiandrogens [Antiandrógenos]				
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	Preferred	CASODEX	
<i>abiraterone 250 mg tab</i>	14	Preferred		PA
Antiestrogens [Antiestrógenos]				
ORSERDU 86 mg tab, 345 mg tab		Preferred		PA
<i>raloxifene 60 mg tab</i>		Preferred	EVISTA	PA
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	NOLVADEX	
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]				
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>		Preferred	VAGIFEM	AL≥19 Años
Antimetabolites [Antimetabolitos]				
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	Preferred	HYDREA	
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	Preferred	PURINETHOL	
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	
<i>capecitabine 150 mg tab</i>	7	Preferred	XELODA	PA
<i>capecitabine 500 mg tab</i>	11	Preferred	XELODA	PA
<i>methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 1gm/40ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 250mg/10ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>methotrexate sodium (pf) 250mg/10ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 1g recon inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos]				
RUXIENCE 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	13	Preferred		PA
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores de Enzimas]				
IMBRUVICA 70 mg cap, 140 mg cap, 420 mg tab, 70 mg/ml oral susp		Preferred		PA
<i>imatinib 100 mg tab</i>	18	Preferred	GLEEVEC	PA
<i>everolimus 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	21	Preferred	AFINITOR	PA
<i>everolimus 2.5 mg tab</i>	20	Preferred	AFINITOR	PA
<i>everolimus 2 mg oral sol tab, 3 mg oral sol tab, 5 mg oral sol tab</i>	25	Preferred	AFINITOR DISPERZ	PA
IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 75 mg tab, 100 mg tab, 125 mg tab	25	Preferred		PA
<i>imatinib 400 mg tab</i>	25	Preferred	GLEEVEC	PA
sorafenib tosylate 200 mg tab		Preferred	NEXAVAR	PA
LYNPARZA 100 mg tab, 150 mg tab		Preferred		PA
NEXAVAR 200 mg tab	25	Preferred		PA
TUKYSA 50 mg tab, 150 mg tab		Preferred		PA
<i>sunitinib 12.5 mg cap</i>	21	Preferred		PA
<i>sunitinib 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	25	Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	25	Preferred		PA
VENCLEXTA 10 mg tab, 100 mg tab, 50 mg tab	25	Preferred		PA
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 mg tab pack	25	Preferred		PA
VERZENIO 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	25	Preferred		PA
XTANDI 40 mg tab, 80 mg tab, 40 mg cap		Preferred		PA
Apetite Stimulants [Estimulantes de Apetito]				
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	Preferred	MEGACE	
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa]				
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	Preferred	ARIMIDEX	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]				
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH]				
ELIGARD 7.5 mg kit, 22.5 mg kit, 30 mg kit, 45 mg kit	4	Preferred		PA
LUPRON DEPOT 45 mg im kit	6	Preferred		PA
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 7.5 mg im kit	6	Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	11	Preferred		PA
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	6	Preferred		PA
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg (ped) im kit	11	Preferred		PA
LUPRON DEPOT-PED 30 mg (ped) im kit	11	Preferred		PA
<i>leuprolide acetate</i> 1 mg/ 0.2 ml inj kit	7	Preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Preferred		PA
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]				
FIRMAGON 80 mg SC, 120 mg SC	5	Preferred		PA
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]				
MATULANE 50 mg cap	10	Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Preferred		PA
<i>lenalidomide</i> 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap		Preferred	REVLIMID	PA
REVLIMID 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap		Preferred		PA
LONSURF 15-6.14 mg tab, 20-8.19 mg tab		Preferred		PA
BRAFTOVI 75 mg cap		Preferred		PA
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]				
<i>etoposide</i> 50 mg cap	4	Preferred	VEPESID	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]				
Antifungals [Antifungales]				
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]				
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	PERIDEX	
Xerostomia [Xerostomía]				
<i>pilocarpine 5 mg tab</i>	3	Preferred	SALAGEN	
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné]				
<i>sulfacetamide sodium-sulfur 10-5 % external emulsion</i>	1	Preferred	SULFACET R	
<i>clindamycin phosphate 1 % soln</i>	2	Preferred	CLEOCIN T	
<i>erythromycin 2 % gel, 2 % soln</i>	2	Preferred	ERYGEL	
Acne Products [Productos para el Acné]				
<i>tretinoin 0.05 % crm,</i>	2	Preferred	RETIN A	AL 12-20 años
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	6	Preferred	ZENATANE, MYORISAN, CLARAVIS	AL 12-20 años
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	
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]				
<i>selenium sulfide 2.5 % lot</i>	1	Preferred	SELSUN	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos]				
TALTZ 80 mg/ml SubQ Auto-injector, 80 mg/ml SubQ Prefilled Syringe	10	Preferred		PA
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]				
<i>fluorouracil 2 % soln, 5 % soln</i>	3	Preferred	EFUDEX	
<i>fluorouracil 5 % crm</i>	4	Preferred	EFUDEX	
Eczema Agents [Agentes para Eczema]				
DUPIXENT 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	13	Preferred		PA
<i>tacrolimus 0.03 % oint, 0.1 % oint</i>	4	Preferred	PROTOPIC	QL= 60 gm / 15 días
EUCRISA 2 % oint	7	Preferred		PA
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia]				
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm</i>	3	Preferred	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % oint</i>	4	Preferred	DIPROLENE	
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia]				
<i>mometasone furoate 0.1 % oint, 0.1% crm, 0.1% soln</i>	1	Preferred	ELOCON	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia]				
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % crm, 0.1 % oint, 0.5 % crm, 0.5 % oint</i>	1	Preferred	KENALOG	
<i>betamethasone valerate 0.1 % crm, 0.1 % lot, 0.1 % oint</i>	1	Preferred	DIPROLENE	
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia]				
<i>hydrocortisone 2.5 % crm, 2.5 % lot, 2.5 % oint</i>	1	Preferred	HYDROCORTISONE	
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]				
<i>permethrin 5 % crm</i>	3	Preferred	ELIMITE	QL= 60 gm.
<i>lindane 1 % lot</i>	4	Preferred	LINDANE	QL = 60 cc, 30días, ST
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]				
<i>mupirocin 2 % oint</i>	1	Preferred	BACTROBAN	
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	1	Preferred	SILVADENE	
<i>metronidazole 0.75 % crm, 0.75 % gel, 0.75 % lot</i>	4	Preferred	METROLOTION	
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]				
<i>clotrimazole 1 % crm</i>	1	Preferred	LOTRIMIN	OTC (crm)
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos]				
<i>calcipotriene 0.005 % crm</i>	6	Preferred	DOVONEX	
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	7	Preferred	SORIATANE	
Warts [Verrugas]				
<i>Imiquimod cream 5%</i>	1	Preferred	ALDARA	AL>12 Años

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Acidos Biliares]				
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	
<i>cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]				
<i>fenofibrate 48 mg tab, 54 mg tab, 145 mg tab, 160 mg tab</i>		Preferred	TRICOR	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	PRAVACHOL	
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i>	2	Preferred	PRAVACHOL	
<i>rosuvastatin 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg</i>		Preferred	CRESTOR	
Dislipidémicos, Otros [Dyslipidemics, Other]				
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>		Preferred	ZETIA	
REPATHA Pushtronex System 420 mg/ 3.5ml sc sol cartridge		Preferred		PA
REPATHA SureClick Auto-injector 140 mg/ml sc sol		Preferred		PA
REPATHA SureClick 140 mg/ml sc sol pfs		Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES]				
Antispasmodics [Antiespasmódicos]				
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	1	Preferred	BENTYL	
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	BENTYL	
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
<i>1 gm/10ml susp</i>	3	Preferred		
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]				
<i>CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt</i>	3	Preferred		
<i>CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt</i>	5	Preferred		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]				
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA
<i>ursodiol 250 mg tab</i>	3	Preferred	URSO 250	PA
<i>ursodiol 500 mg tab</i>	4	Preferred	URSO Forte	PA
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc</i>	6	Preferred	GASTROCROM	PA
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]				
<i>hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm</i>	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]				
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]				
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato]				
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	4	Preferred	REVELA	PA
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt</i>	7	Preferred	REVELA	PA
<i>calcium acetate 667 mg cap.</i>	3	Preferred	PHOSLO	
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios]				
<i>ur n-c 81.6 mg tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
URETRON D/S tab	1	Preferred		
URIMAR-T 120 mg tab	1	Preferred		
<i>urin ds tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]				
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DITROPAN	
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]				
Antihemophilic Products [Productos Antihemofílicos]				
ADVATE 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln, 3000 unit iv soln, 4000 unit iv soln	25	Preferred		PA
ALPHANATE/VWF COMPLEX/HUMAN 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln	25	Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
KOGENATE FS 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA
KOGENATE FS BIO-SET 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA
BENEFIX 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit	25	Preferred		PA
ELOCTATE 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 750 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 1500 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 4000 unit intravenous kit, 5000 unit intravenous kit, 6000 unit intravenous kit	25	Preferred		PA
ULTOMIRIS 1100 mg/11ml iv soln, 300 mg/30ml iv soln, 300 mg/3ml iv soln	25	Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Bradykinin B2 Receptor Antagonists [Agonistas del Receptor de Bradiquinina 2]				
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml sc soln pfs</i>		Preferred	FYRAZYZR	PA
Hemostatics [Hemostáticos]				
<i>tranexamic acid 650 mg tab, 1000 mg/ ml IV</i>	4	Preferred	LYSTEDA	PA
AMICAR 500 mg tab	5	Preferred		PA
<i>aminocaproic acid 0.25 gm/ml oral soln</i>		Preferred	AMICAR	PA
<i>tranexamic acid 100 mg/ml IV soln</i>		Preferred	CYKLOKAPRON	PA
Plasma Kallikrein Inhibitors [Inibidor de calicreína plasmática]				
TAKHZYRO 300 mg/2ml sc soln, 300 mg/2mL sc soln pfs		Preferred		PA
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Androgens [Andrógenos]				
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln</i>	2	Preferred	DEPO-TESTOSTERONE	AL ≥19 años
<i>danazol 50 mg cap, 100 mg cap</i>	5	Preferred	DANOCRINE	
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]				
<i>methimazole 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	TAPAZOLE	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
Calcimimetics [Calcimiméticos]				
<i>cinacalcet 30 mg tab</i>	4	Preferred	SENSIPAR	PA
<i>cinacalcet 60 mg tab, 90 mg tab</i>	5	Preferred	SENSIPAR	PA
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina]				
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	3	Preferred	DOSTINEX	
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	AL ≥19 años
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	Preferred	ARANELLE	PA
CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
<i>medroxyprogesterone acetate 150mg/ml susp</i>	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
Estrogens [Estrógenos]				
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	ESTRACE	AL ≥19 años
<i>estropipate 0.75 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	ESTROPIPATE	
<i>estropipate 3 mg tab</i>	2	Preferred	ESTROPIPATE	
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]				
<i>estradiol-norethindrone acet 1-0.5 mg tab</i>	4	Preferred	ACTIVELLA	AL ≥19 años

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos /Límites]
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento]				
GENOTROPIN 5mg SC, 12 mg SC, 0.2 mg MiniQuick SC, 0.4 mg MiniQuick SC, 0.6 mg MiniQuick SC, .0.8 mg MiniQuick SC, 1 mg MiniQuick SC, 1.2 mg MiniQuick SC, 1.4 mg MiniQuick SC, 1.6 mg MiniQuick SC, 1.8 mg MiniQuick SC, 2 mg MiniQuick SC	6	Preferred		PA
OMNITROPE 5 mg/1.5ml SC sol cartridge, 10 mg/1.5ml SC sol cartridge, 5.8 mg SC sol reconstituted, 5 mg/1.5ml SC sol, 10 mg/1.5ml SC sol	6	Preferred		PA
ZOMACTON 5 mg SC sol reconstituted, 10 mg SC sol reconstituted	6	Preferred		PA
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
Prostaglandins [Prostaglandinas]				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]				
<i>octreotide acetate 50 mcg/ml inj soln</i>	3	Preferred	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml inj soln, 1000 mcg/5ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln</i>	6	Preferred	SANDOSTATIN	PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>octreotide acetate 1000 mcg/ml inj soln</i>	8	Preferred	SANDOSTATIN	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 mg im kit	11	Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 30 mg im kit	14	Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 20 mg im kit	16	Preferred		PA
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		
<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		
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]				
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	3	Preferred	DDAVP	

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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
HADLIMA PushTouch Auto-injector 40 mg/0.8ml sc sol, 40 mg/0.4ml sc sol		Preferred	HUMIRA	PA
YUSIMRY 40 mg/0.8ml sc pen-injector		Preferred	HUMIRA	PA
adalimumab-adaz 40 mg/0.4ml sc sol pfs, 40 mg/0.4ml sc sol auto-inj		Preferred	HUMIRA	PA
AVSOLA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
INFLIXIMAB 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
RENFLEXIS 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
INFLECTRA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
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	1	Preferred	DECADRON	
dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln	1	Preferred	DECADRON	OB-GYN
KENALOG 10 mg/ml inj susp	1	Preferred		
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	
methylprednisolone (pak) 4 mg tab	1	Preferred	MEDROL	
prednisolone 15 mg/5ml syr	1	Preferred	PRELONE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos / Límites]
<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	
<i>cortisone acetate 25 mg tab</i>	3	Preferred	CORTISONE	
KENALOG 40 mg/ml inj susp	5	Preferred		
<i>betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp</i>	2	Preferred	CELESTONE SOLUSPAN	OB-GYN
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]				
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMURAN	
<i>azathioprine 75 mg, 100 mg</i>		Preferred	AZASAN	
<i>mycophenolate mofetil 250 mg cap</i>	1	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	1	Preferred	PROGRAF	aPA
<i>mycophenolate mofetil 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	2	Preferred	PROGRAF	aPA
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap,</i>	3	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	4	Preferred	PROGRAF	aPA
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab. dr, 360 mg tab dr</i>	5	Preferred	MYFORTIC	aPA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	5	Preferred	NEORAL	aPA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	6	Preferred	RAPAMUNE	aPA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp</i>	8	Preferred	CELLCEPT	aPA
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]				
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]				
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	4	Preferred	ROWASA	
<i>mesalamine cap dr 400 mg</i>			DELZICOL	
<i>mesalamine tab dr 800 mg</i>	6	Preferred	ASACOL	
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA
HUMIRA 10 mg/0.2 ml sc kit, 10mg/0.1ml sc, 20 mg/0.4ml sc kit, 20mg/0.2 ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc kit,	9	Preferred		PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 40 mg/0.8ml sc kit, 80mg/0.8ml sc kit, 80mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
HUMIRA PEN 40 mg/0.8ml sc kit, 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA
RENFLEXIS 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
INFLECTRA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]				
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema</i>	2	Preferred	COLOCORT	
<i>budesonide oral cap dr particles 3 mg</i>			ENTOCORT EC	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	AZULFIDINE	
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]				
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	1	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	Preferred	ROCALTROL	
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]				
<i>levocarnitine 1 gm/10ml soln, 330 mg tab</i>	3	Preferred	CARNITOR	
Chelating Agents [Agentes Quelantes]				
DEPEN TITRATABS 250 mg tab	25	Preferred		PA
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]				
PEG-3350/Electrolytes Oral Solution Reconstituted 236 GM		Preferred	GAVILYTE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>PEG 3350-KCl-Na Bicarb-NaCl Oral Solution Reconstituted 420 GM</i>		Preferred	GAVILYTE	
<i>Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Oral Solution 17.5-3.13-1.6 gm/ 177 mL</i>		Preferred	SUPREP	
<i>potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln</i>	1	Preferred	KAY-CIEL	
<i>potassium chloride crystals 10 meq tab er, 20 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er</i>	2	Preferred	MICRO-K	
<i>potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral solution</i>	4	Preferred	KAON CL	
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]				
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]				
<i>classic prenatal 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal formula 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>prenatal plus iron 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATABS	OB-GYN
<i>prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
Vitamin K [Vitamina K]				
<i>phytonadione 5 mg tab</i>	5	Preferred	MEPHYTON	
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LIORESAL	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	Preferred	DANTRIUM	
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	3	Preferred	DANTRIUM	
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]				
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]				
<i>ipratropium bromide 0.03 % nasal soln</i>	2	Preferred	ATROVENT	
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]				
<i>cromolyn sodium 5.2 mg/act nasal aerosol sol</i>	1	Preferred	NASALCROM	
Nasal Steroids [Esteroides Nasales]				
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp</i>	1	Preferred	FLONASE	QL = 1 pompa / 30 días
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]				
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	Preferred	ALPHAGAN	
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	1	Preferred	TRUSOPT	
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	Preferred	COSOPT	
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	Preferred	BETOPTIC	
LUMIGAN 0.01% opht sol		Preferred		
Miotics [Mióticos]				
<i>pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln</i>	3	Preferred	ISOPTOCARPINE	
Mydriatics [Midriáticos]				
<i>atropine sulfate 1 % ophth oint, 1 % ophth soln</i>	1	Preferred	ISO-ATROPINE	
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<i>diclofenac sodium 0.1 % ophth soln</i>	1	Preferred	VOLTAREN	QL = max 30 días / 365 días
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	ACULAR	QL = max 30 días / 365 días
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]				
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	CILOXAN	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint, 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	
<i>ofloxacin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	OCUFLOX	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth soln</i>	1	Preferred	POLYTRIM	
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	TOBREX	

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth oint</i>	3	Preferred	BACITRACIN	
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]				
<i>trifluridine 1 % ophth soln</i>	4	Preferred	VIROPTIC	PA
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]				
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	1	Preferred	MAXITROL	
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	2	Preferred	PRED FORTE	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % ophth soln</i>	2	Preferred	INFLAMASE	
<i>fluorometholone 0.1 % ophth susp</i>	3	Preferred	FML LIQUIFILM	
Ophthalmic Agents, Other [Agentes Oftálmicos, Otros]				
<i>cyclosporine 0.05 % ophth emul</i>		Preferred	RESTASIS	PA, QL = 60 mL / 30 días
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]				
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	
<i>cipro hc 0.2-1 % otic susp</i>	1	Preferred		

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos /Límites]
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]				
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Preferred	ATROVENT	
INCRUSE ELIIPTA 62.5 mcg/inh inh aer pwr	4	Preferred		PA
Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración]				
ANORO ELLIPTA 62.5-25 mcg/inh inh aer pwr	4	Preferred		PA
Antileukotrienes [Antileukotrienos]				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]				
<i>benzonatate 100 mg cap</i>	1	Preferred	TESSALON	
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	
Beta-2 Agonist Long Acting [Agonistas Beta-2 de Larga Duración]				
SEREVENT DISKUS 50 mcg/dose inh aer pwr br act	5	Preferred		PA
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]				
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im soln	9	Preferred		PA
SYNAGIS 100 mg/ml im soln	11	Preferred		PA
Cystic Fibrosis Agents [Agentes Para La Fibrosis Quística]				
<i>pirfenidone 267 mg tab, 534 mg tab, 801 mg tab</i>		Preferred	ESBRIET	PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días
<i>fluticasone propionate HFA 110 mcg/act inh aer, 220 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer</i>		Preferred		QL = 1 pompa / 30 días
<i>fluticasone propionate diskus 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr</i>		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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST
QVAR RediHaler 40 mcg/act inh aer; 80 mcg/act inh aer		Preferred		QL= 1 pompa / 30 días
Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies]				
FASENRA subq soln 30 mg/mL prefilled syringe, 30 mg/mL auto injector	12	Preferred		PA
DUPIXENT 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	13	Preferred		PA
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]				
<i>cetirizine HCl oral soln 1 MG/ML (5 MG/5ML)</i>	1	Preferred	ZYRTEC	OTC
<i>loratadine 5 mg/5ml soln, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
<i>loratadine 10 mg tab</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]				
<i>theophylline er 100 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr, 300 mg tab er 12 hr, 450 mg tab er 12 hr</i>	1	Preferred	THEO-DUR	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer</i>	3	Preferred	ALBUTEROL	QL = 1 pompa / 30 días Límite de repeticiones =2
<i>albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1 Límite de edad =0-3
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 mcg/inh inh aer pwdr br act, 200-62.5-25 mcg/inh inh aer pwdr br act	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, PA
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]				
Antirheumatic-Enzyme Inhibitors [Antireumáticos- Inhibidores de enzimas]				
XELJANZ 10 mg tab, 5 mg tab	8	Preferred		PA
XELJANZ 1 mg/ml soln	8	Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
XELJANZ XR 11 mg tab er 24 hr, 22 mg tab er 24 hr	8	Preferred		PA
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA
ORENCIA 125 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe, 125 mg/ml ClickJect sc sol Autoinjector, 87.5 mg/0.7ml subcutaneous solution prefilled syringe, 50 mg/0.4ml subcutaneous solution prefilled syringe	10	Preferred		PA
HUMIRA 10 mg/0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc, 10 mg/0.1ml sc, 20 mg/0.2ml sc, 40 mg/0.4ml sc, 80 mg/0.8ml sc, 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA
RENFLEXIS 100 mg iv soln	13	Preferred		PA
INFLECTRA 100 mg iv soln	9	Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos]				
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	4	Preferred	ARAVA	PA
DEPEN TITRATABS 250 mg tab	25	Preferred		PA
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]				
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]				
<i>modafinil 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PROVIGIL	PA, AL ≥17 años
VACCINES [VACUNAS]				
Vaccines [Vacunas]				
ACTHIB im soln		Preferred		
ADACEL 5-2-15.5 lf-mcg/0.5 im susp		Preferred		
ABRYSVO Intramuscular Solution Reconstituted 120 MCG/0.5ML		Preferred		
AREXVY Intramuscular Suspension Reconstituted 120 MCG/0.5ML		Preferred		
AFLURIA QUADRIVALENT im susp, 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
BEXSERO im susp pfs		Preferred		
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 lf-mcg/0.5 im susp		Preferred		
ENGERIX-B 10 mcg/0.5ml im inj, 10 mcg/0.5ml inj susp, 10 mcg/0.5ml inj susp ps, 20 mcg/ml inj susp, 20 mcg/ml inj susp ps		Preferred		

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
FLUARIX QUADRIVALENT 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
FLUCELVAX QUADRIVALENT 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
FLULAVAL QUADRIVALENT im susp, 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
FLUMIST QUADRIVALENT nasal susp		Preferred		
FLUZONE HIGH-DOSE 0.5 ml im susp pfs		Preferred		
FLUZONE QUADRIVALENT im susp, 0.25 ml im susp pfs, 0.5 ml im susp, 0.5 ml im susp pfs, 9 mcg/strain i-dermal susp pen-inj		Preferred		
GARDASIL 9 im susp, im susp pfs		Preferred		
HAVRIX 1440 el u/ml im susp, 720 el u/0.5ml im susp		Preferred		
HIBERIX 10 mcg inj soln		Preferred		
MENQUADFI im inj		Preferred		
MENVEO im soln		Preferred		
M-M-R II inj soln		Preferred		
PEDVAX HIB 7.5 mcg/0.5ml im susp		Preferred		
PNEUMOVAX 23 25 mcg/0.5ml inj		Preferred		
PREVNAR 20		Preferred		

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
PROQUAD sc inj, sc susp		Preferred		
RECOMBIVAX HB 10 mcg/ml inj susp, 10 mcg/ml inj susp ps, 40 mcg/ml inj susp, 5 mcg/0.5ml inj susp, 5 mcg/0.5ml inj susp ps		Preferred		
SHINGRIX 50 mcg/0.5ml im susp		Preferred		
TDVAX 2-2 lf/0.5ml im susp		Preferred		
TENIVAC 5-2 lfu im inj		Preferred		
TRUMENBA im susp pfs		Preferred		
TWINRIX 720-20 im susp, 720-20 elu-mcg/ml im susp, 720-20 elu-mcg/ml im susp pfs		Preferred		
VAQTA 25 unit/0.5ml im susp, 50 unit/ml im susp		Preferred		
VARIVAX 1350 pfu/0.5ml sc inj		Preferred		
VAXNEUVANCE 0.5 ml im susp pfs		Preferred		

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

A

<i>abacavir sulfate</i>	42
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	40
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	43
<i>abiraterone</i>	50
ABRYSSVO	79
<i>acarbose</i>	28
<i>acetaminophen-codeine</i>	19
<i>acetazolamide</i>	33
<i>acetic acid</i>	73
<i>acitretin</i>	56
ACTHIB	79
ACTIMMUNE	53
<i>acyclovir</i>	39, 40
ADACEL	79
<i>adalimumab-adaz</i>	66
ADEMPAS	48
ADVAIR HFA	75, 76
ADVATE	59
AFLURIA QUADRIVALENT	79
<i>albuterol HFA</i>	77
<i>albuterol sulfate</i>	77
<i>albuterol sulfate syrup</i>	77
<i>alendronate sodium</i>	46
<i>allopurinol</i>	31
<i>alyacen 1/35</i>	62
<i>amantadine hcl</i>	38
<i>ambrisentan</i>	48
AMICAR	61
<i>aminocaproic acid</i>	61
<i>amiodarone hcl</i>	47
<i>amitriptyline hcl</i>	27
<i>amlodipine besylate</i>	32
<i>amoxicillin</i>	23
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	23
<i>ampicillin</i>	23
<i>anastrozole</i>	52
ANORO ELLIPTA	74
APTIVUS	40
AREXVY	79
<i>aspirin</i>	46
<i>aspirin low dose</i>	46
<i>atazanavir sulfate</i>	41
<i>atenolol</i>	33
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	34
<i>atorvastatin calcium</i>	57
<i>atropine sulfate</i>	72
AVONEX	49
AVONEX PEN	49
AVONEX PREFILLED	49
AVSOLA	66
<i>azathioprine</i>	67
<i>azithromycin</i>	22

B

<i>bacitracin</i>	73
<i>baclofen</i>	71
BAQSIMI	29
BENEFIX	60
<i>benzonatate</i>	74
<i>benztropine mesylate</i>	38
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	55
<i>betamethasone sod phos & acet</i>	67
<i>betamethasone valerate</i>	56
BETASERON	49
<i>betaxolol hcl</i>	72
BEXSERO	79
<i>bicalutamide</i>	50
BICILLIN L-A	23
BIKTARVY	40
BOOSTRIX	79
BRAFTOVI	53
<i>brimonidine tartrate</i>	71
<i>bromocriptine mesylate</i>	38, 61
<i>budesonide</i>	69, 75
<i>bumetanide</i>	34
<i>buprenorphine/naloxone</i>	20

C

CABENUVA	40
<i>cabergoline</i>	62
<i>calcipotriene</i>	56
<i>calcitriol</i>	69
<i>calcium acetate</i>	59
CAPASTAT	37
<i>capecitabine</i>	50
CARAFATE	58
<i>carbamazepine</i>	25, 26
<i>carbamazepine er</i>	26, 27
<i>carbidopa-levodopa</i>	39
<i>carbidopa-levodopa er</i>	39
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	38, 39
<i>carvedilol</i>	35
<i>cefaclor</i>	24
<i>cefadroxil</i>	21
<i>cefdinir</i>	24, 25
<i>cefprozil</i>	24
<i>ceftriaxone</i>	25
<i>cephalexin</i>	21
Cetirizine HCl	76
<i>childrens loratadine</i>	76
<i>chlorhexidine gluconate</i>	54
<i>chloroquine phosphate</i>	37
<i>chlorothiazide</i>	35
<i>chlorthalidone</i>	35
<i>cholestyramine</i>	57
<i>cholestyramine light</i>	57
<i>cilostazol</i>	46

SALUD FISICA

<i>cimetidine hcl</i>	58	DOVATO	41
<i>cinacalcet</i>	61	<i>doxepin hcl</i>	27, 28
<i>cipro hc</i>	73	<i>doxycycline hyclate</i>	24
<i>ciprofloxacin</i>	24	<i>doxycycline monohydrate</i>	24
<i>ciprofloxacin hcl</i>	24, 72	<i>duloxetine</i>	28
<i>clarithromycin</i>	22	DUPIXENT	55, 76
<i>classic prenatal</i>	70		
<i>clindamycin hcl</i>	22	E	
<i>clindamycin phosphate</i>	25, 54	EDURANT	41
<i>clobazam</i>	25	<i>efavirenz</i>	42
<i>clonazepam</i>	21, 25	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	40
<i>clonidine hcl</i>	31	ELIGARD	52
<i>clopidogrel bisulfate</i>	46	ELIQUIS	45
<i>clotrimazole</i>	54, 56	<i>ELIQUIS DVT/PE Starter Pack</i>	45
<i>colchicine</i>	31	ELOCTATE	60
COLCRYS	31	EMGALITY	36
COMPLERA	40	<i>emtricitabine</i>	43
<i>cortisone acetate</i>	67	EMTRIVA	43
CREON	58	ENBREL	65, 68, 78
<i>cromolyn sodium</i>	58, 71	ENBREL MINI	65, 68, 78
CRYSELLE-28	62	ENBREL SURECLICK	65, 68, 78
CUPRIMINE	69, 79	ENGERIX-B	79
<i>cyanocobalamin</i>	44	<i>enoxaparin sodium</i>	46
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	71	<i>entecavir</i>	39
<i>cycloserine</i>	36	ENTRESTO	48
<i>cyclosporine</i>	73	EPIVIR	42
<i>cyclosporine</i>	67, 68	<i>ergoloid mesylates</i>	27
<i>cyclosporine modified</i>	67, 68	ERYTHROCIN STEARATE	22
		<i>erythromycin</i>	54
D		<i>erythromycin base</i>	22
<i>dalfampridine</i>	49	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	22
<i>dantrolene sodium</i>	71	<i>estradiol</i>	50, 62
<i>dapsone</i>	37	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	62
DELSTRIGO	40	<i>estropipate</i>	62
DEPEN TITRATABS	69	<i>ethambutol hcl</i>	36
DESCOVY	41	<i>ethosuximide</i>	26
<i>desmopressin ace rhinal tube</i>	65	<i>etoposide</i>	53
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	65	<i>everolimus</i>	51
<i>desmopressin acetate</i>	64, 65	EVOTAZ	41
<i>desmopressin acetate spray</i>	65	<i>ezetimibe</i>	57
<i>dexamethasone</i>	66		
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	66	F	
<i>diazepam</i>	21	<i>famotidine</i>	58
<i>diclofenac sodium</i>	72	FASENRA	76
<i>dicyclomine hcl</i>	58	<i>fenofibrate</i>	57
<i>didanosine</i>	42	<i>fentanyl</i>	18
<i>digox</i>	47	<i>ferrous sulfate</i>	45
<i>digoxin</i>	48	<i>finasteride</i>	43
DILANTIN	26	<i> fingolimod</i>	49
<i>diltiazem hcl er</i>	33	FIRMAGON	53
<i>diltiazem hcl er beads</i>	33	<i>First-Progesterone VGS</i>	62
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	33	<i>flecainide acetate</i>	47
<i>dilt-xr</i>	33	FLOVENT DISKUS	75
<i>dimethyl fumarate</i>	48	FLOVENT HFA	75, 76
DIURIL	35	FLUARIX QUADRIVALENT	80
<i>divalproex sodium</i>	25, 35	FLUCELVAX	80
<i>donepezil hcl</i>	27	<i>fluconazole</i>	37
<i>dorzolamide hcl</i>	71		
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	72		

SALUD FISICA

<i>fludrocortisone acetate</i>	63	<i>hydroxyzine pamoate</i>	21
<i>FLULAVAL</i>	80		
<i>FLUMIST</i>	80	I	
<i>fluorometholone</i>	73		
<i>fluorouracil</i>	55	<i>IBRANCE</i>	51
<i>fluticasone propionate</i>	71	<i>ibuprofen</i>	18
<i>fluticasone propionate diskus</i>	75	<i>icatibant acetate</i>	61
<i>fluticasone propionate HFA</i>	75	<i>imatinib</i>	51
<i>fluticasone-salmeterol</i>	75	<i>IMBRUVICA</i>	51
<i>FLUZONE</i>	80	<i>imipramine hcl</i>	28
<i>FLUZONE QUADRIVALENT</i>	80	<i>imiquimod</i>	56
<i>folic acid</i>	45	<i>INCRUSE ELIIPTA</i>	74
<i>fosinopril sodium</i>	32	<i>indapamide</i>	35
<i>FULPHILA</i>	44	<i>indomethacin</i>	18
<i>furosemide</i>	34	<i>INFED</i>	45
<i>FUZEON</i>	40	<i>INFLECTRA</i>	66, 69, 78
		<i>INFLIXIMAB</i>	66
		<i>insulin syringe/needle</i>	30
		<i>INTELENCE</i>	42
		<i>ipratropium bromide</i>	71, 74
		<i>ISENTRESS</i>	40
		<i>ISENTRESS HD</i>	40
		<i>isoniazid</i>	36
		<i>isosorbide mononitrate</i>	48
		<i>isosorbide mononitrate er</i>	48
		<i>isotretinoin</i>	54
		<i>itraconazole</i>	37
		<i>ivermectin</i>	38
		J	
		<i>JARDIANCE</i>	30
		<i>JENTADUETO</i>	28
		<i>JENTADUETO XR</i>	28
		<i>JULUCA</i>	41
		K	
		<i>KALETRA</i>	41
		<i>KENALOG</i>	66, 67
		<i>ketoconazole</i>	37
		<i>ketorolac tromethamine</i>	72
		<i>KOGENATE FS</i>	60
		<i>KOGENATE FS BIO-SET</i>	60
		L	
		<i>labetalol hcl</i>	46
		<i>lacosamide</i>	27
		<i>lamivudine</i>	42
		<i>lamivudine-zidovudine</i>	43
		<i>lamotrigine</i>	25
		<i>lamotrigine chew tab</i>	25
		<i>LANTUS</i>	29
		<i>LANTUS SOLOSTAR</i>	29
		<i>latanoprost</i>	73
		<i>leflunomide</i>	79
		<i>lenalidomide</i>	53
<i>G</i>			
<i>gabapentin</i>	25, 26		
<i>GARDASIL 9</i>	80		
<i>gemfibrozil</i>	57		
<i>GENOTROPIN</i>	63		
<i>gentamicin sulfate</i>	72		
<i>GENVOYA</i>	41		
<i>GILENYA</i>	49		
<i>glatiramer</i>	49		
<i>glimepiride</i>	30		
<i>glipizide</i>	30		
<i>GLUCAGON EMERGENCY</i>	29		
<i>guaifenesin-codeine</i>	74		
<i>H</i>			
<i>HADLIMA</i>	65, 66		
<i>HAVRIX</i>	80		
<i>heparin sodium (porcine)</i>	43, 44		
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	44		
<i>HIBERIX</i>	80		
<i>HUMALOG</i>	29		
<i>HUMALOG MIX 50/50</i>	29		
<i>HUMALOG MIX 75/25</i>	29		
<i>HUMIRA</i>	65, 68, 78		
<i>HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START</i>	68		
<i>HUMIRA PEN</i>	69		
<i>HUMIRA PEN-CROHNS STARTER</i>	69		
<i>HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER</i>	69		
<i>HUMULIN 70/30</i>	29		
<i>HUMULIN N</i>	29		
<i>HUMULIN R</i>	30		
<i>hydralazine hcl</i>	35		
<i>hydrochlorothiazide</i>	35		
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	19		
<i>hydrocortisone</i>	56, 67, 69		
<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	59		
<i>hydromorphone</i>	19, 20		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	37		
<i>hydroxyurea</i>	50		
<i>hydroxyzine hcl</i>	54		

SALUD FISICA

oxybutynin chloride 59
oxycodone-acetaminophen 19

P

PEDVAX 80
PEG-3350 69, 70
penicillin g procaine 23
penicillin v potassium 23
pentamidine isethionate 37
pentoxifylline er 47
permethrin 56
phenazopyridine hcl 59
phenobarbital 26
phenytoin 26
phenytoin sodium extended 26
phytonadione 71
PIFELTRO 41
pilocarpine 54
pilocarpine hcl 72
PIN-X 38
pioglitazone hcl 29
pirfenidone 74
PNEUMOVAX 25 80
polymyxin b-trimethoprim 72
potassium chloride 70
potassium chloride crys er 70
potassium chloride er 70
pramipexole dihydrochloride 38
pravastatin sodium 57
praziquantel 38
prednisolone 66, 67
prednisolone acetate 73
prednisolone sodium phosphate 73
prednisone 67
prednisone (pak) 67
prenatal 70
prenatal 19 70
prenatal formula 70
prenatal low iron 70
prenatal plus iron 71
prenatal vitamins 71
PREVNAR 20 25 80
PREZCOBIX 41
PREZISTA 41
primidone 26
probenecid 31
prochlorperazine 31
prochlorperazine edisylate 31
prochlorperazine maleate 31
PROCRIT 44, 45
PROLIA 46
promethazine hcl 31
propafenone hcl 47
propranolol hcl 34, 47
propylthiouracil 61
PROQUAD 81
pyrazinamide 36
pyridostigmine 36
pyridostigmine bromide 36

pyrimethamine 37

Q

quinidine gluconate er 47
quinidine sulfate 47
quinidine sulfate er 47
QVAR REDIHALER 76

R

raloxifene 50
RECOMBIVAX HB 81
REESES PINWORM MEDICINE 38
RENFLEXIS 66, 69, 78
REPATHA 57
RESCRIPTOR 42
RETACRIT 45
REVLIMID 53
rifabutin 36
RIFAMATE 37
rifampin 36
riluzole 49
ritonavir 41
rivastigmine tartrate 27
rizatriptan benzoate 36
ropinirole hcl 38
rosuvastatin 57
RUKOBIA 41
RUXIENCE 51

S

salsalate 18
SANDOSTATIN LAR DEPOT 64
selegiline hcl 39
selenium sulfide 54
SELZENTRY 40
SEREVENT DISKUS 74
SEROMYCIN 36
sevelamer 59
SHINGRIX 81
sildenafil citrate 48
silver sulfadiazine 56
simvastatin 57
sirolimus 68
sodium polystyrene sulfonate 70
sofosbuvir-velpatasvir 39
sotalol hcl 47
spironolactone 34
stavudine 42
STIMATE 65
STIVARGA 50
STRIBILD 41
sucralfate 58
sulfacetamide sodium-sulfur 54
sulfadiazine 24
sulfamethoxazole-tmp ds 24
sulfamethoxazole-trimethoprim 24

SALUD FISICA

<i>sulfasalazine</i>	69		
<i>sulindac</i>	18		
<i>sumatriptan succinate</i>	36		
<i>sunitinib</i>	51		
SUNLENCA	40		
SUSTIVA	42		
SUTENT	52		
SYMTUZA	41		
SYNAGIS	74		
SYNJARDY	30		
SYNJARDY XR	30		
SYNTHROID	64		
T			
<i>tacrolimus</i>	67		
<i>tadalafil (PAH)</i>	48		
Takhzyro	61		
TALTZ	55		
<i>tamoxifen citrate</i>	50		
<i>tamsulosin hcl</i>	43		
TDVAX	81		
<i>temozolomide</i>	49, 50		
TENIVAC	81		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	43		
<i>terazosin hcl</i>	32, 43		
<i>terbinafine hcl</i>	37		
<i>terbutaline sulfate</i>	77		
<i>terconazole</i>	37		
<i>testosterone cypionate</i>	61		
<i>theophylline er</i>	76		
<i>timolol maleate</i>	72		
<i>tinidazole</i>	38		
TIVICAY	41		
<i>tobramycin</i>	21, 72		
<i>topiramate</i>	26, 35		
TRADJENTA	28		
<i>tramadol hcl</i>	20		
<i>tranexamic acid</i>	61		
TRECTOR	37		
TRELEGY ELLIPTA	77		
<i>tretinoin</i>	54		
<i>triamcinolone acetoneide</i>	56		
<i>triamterene-hctz</i>	35		
<i>trifluridine</i>	73		
TRIJARDY XR	30		
<i>trimethobenzamide hcl</i>	31		
TRIUMEQ	41		
TROGARZO	41		
TRULICITY	28		
TRUMENBA	81		
TUKYSA	51		
TWINRIX	81		
TYSABRI	49		
		U	
		ULTOMIRIS	60
		<i>ur n-c</i>	59
		URETRON D/S	59
		URIMAR-T	59
		<i>urin ds</i>	59
		ursodiol	58
		V	
		<i>valacyclovir</i>	40
		<i>valganciclovir hcl</i>	39
		<i>valproic acid</i>	26
		<i>valsartan</i>	32
		<i>valsartan-hctz</i>	32
		<i>vancomycin hcl</i>	23
		VAQTA	81
		VARIVAX	81
		VAXNEUVANCE	81
		VENCLEXTA	52
		VENCLEXTA STARTING PACK	52
		<i>verapamil hcl</i>	33
		<i>verapamil hcl er</i>	33
		VERZENIO	52
		VIDEX	42
		VIRACEPT	42
		W	
		<i>warfarin sodium</i>	43
		Wixela	75
		X	
		XARELTO	45
		XELJANZ	77
		XELJANZ XR	78
		XTANDI	52
		Y	
		YUSIMRY	66
		Z	
		<i>zidovudine</i>	42
		ZIEXTENZO	44
		ZOLADEX	53
		ZOMACTON	63
		<i>zonisamide</i>	26

¿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

