



Sub-Formulario de Salud Mental

2015-2016

Listado de Medicamentos Preferidos





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

18 de marzo de 2015

A TODOS LOS PROVEEDORES DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

Estimado proveedor:

Me place presentarles la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en ingles) de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. Los subformularios de salud física son: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado, VIH-SIDA y Subformulario de salud física. El PDL de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El PDL apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud del Gobierno (PSG), que estará vigente desde el 1 de abril de 2015.

El PDL de salud mental será utilizado por los médicos siquiatras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El sub-formulario de salud mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por un Comité de Farmacia y Terapéutica compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos.

Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Este PDL y el subformulario que se incluyen en esta guía, pueden sufrir cambios, los cuales se notificarán mediante Cartas Normativas, conforme van surgiendo.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica www.asespr.org.

Cordialmente,

Ricardo A. Rivera Cardona
Director Ejecutivo



ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG)

1. Formularios de Medicamentos

La Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia responsable de establecer y revisar la Lista de Medicamentos Preferidos (*Preferred Drug List* o “PDL”) para Salud Física y Salud Mental del Plan de Salud del Gobierno. Para estos propósitos ASES ha establecido un Comité de Farmacia y Terapéutica que evalúa los medicamentos de salud física y salud mental. Le componen profesionales de la salud entre estos médicos primarios, psiquiatras y farmacéuticos licenciados. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las diferentes clases terapéuticas y emitir sus recomendaciones a ASES para el formulario de medicamentos, basados en evidencia científica, aspectos clínicos y análisis de costo eficiencia.

La Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El PDL tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

Basándose en la más reciente evidencia clínica, ASES diseña y mantiene al día el Listado de Medicamentos Preferidos a través de su Administrador del Programa de Farmacia o “PPA”. Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

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 pueden incluir:

- 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; y/o
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el PDL.

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen 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.

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), 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. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“*refills*”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. 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. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. 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 laborables, 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 PSG 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 compañía aseguradora contratada por ASES en su región y/o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



SUB MENTAL

PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (“PDL”)
2015 – 2016

TABLA DE CONTENIDO

DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (“PDL”) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2015-2016	Error! Bookmark not defined.
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL	Error! Bookmark not defined.
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	Error! Bookmark not defined.
ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]	9
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	9
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]	9
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	9
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]	9
Serotonin And/Or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina Y/O Norepinefrina].....	9
Tricyclic Agents [Tricíclicos]	10
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	10
Anticholinergics [Anticolinérgicos]	10
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSICÓTICOS].....	10
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación].....	10
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]	10
DETOX TREATMENT [TRATAMIENTO DE DETOX]	11
Detox Treatment [Tratamiento De Detox].....	11
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO]	11
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad].....	11
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]	11
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD].....	11
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD].....	11
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO].....	12
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	12
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño].....	12

DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (“PDL”) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2015-2016

Los medicamentos que aparecen en el “PDL” son aquellos medicamentos preferidos en la cubierta del Plan de Salud 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]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]			
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]			
ALKYLATING AGENTS [AGENTES ALQUILANTES]			
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]			
ALKERAN 2 mg tab	4		
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	4	TEMODAR	PA
LEUKERAN 2 mg tab	6		
MYLERAN 2 mg tab	7		
<i>temozolomide 20 mg cap</i>	9	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 250 mg cap</i>	11	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 140 mg cap</i>	13	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	14	TEMODAR	PA

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 el nombre de marca sólo para referencia ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Cuarta Columna** presenta las Guías de Referencia según aplican.

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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:



SUB MENTAL

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

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]			
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]			
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]			
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]			
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	1	KLONOPIN	QL=5 días
<i>diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	VALIUM	QL=5 días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	ATIVAN	QL=5 días
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]			
<i>diphenhydramine hcl 50 mg cap</i>	1	BENADRYL	QL=30 días
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	VISTARIL	QL=30 días
<i>kp diphenhydramine hcl 50 mg cap</i>	1	BENADRYL	QL=30 días
<i>ormir 50 mg cap</i>	1	BENADRYL	QL=30 días
<i>pharbedryl 50 mg cap</i>	1	BENADRYL	QL=30 días
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]			
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]			
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	1	WELLBUTRIN	QL=30 días
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr</i>	1	WELLBUTRIN SR	QL=30 días
<i>mirtazapine 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	REMERON	QL=30 días
<i>trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab</i>	1	DESYREL	QL=30 días
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	2	WELLBUTRIN	QL=30 días
<i>bupropion hcl er 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr</i>	2	WELLBUTRIN XL	QL=30 días
<i>mirtazapine 15 mg odt, 30 mg odt, 45 mg odt</i>	3	REMERON	QL=30 días
Serotonin And/Or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina Y/O Norepinefrina]			
<i>citalopram hydrobromide 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	CELEXA	QL=30 días
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap</i>	1	PROZAC	QL=30 días

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



SUB MENTAL

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
<i>paroxetine hcl 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	1	PAXIL	QL=30 días
<i>sertraline hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	ZOLOFT	QL=30 días
<i>venlafaxine hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	EFFEXOR	QL=30 días
Tricyclic Agents [Tricíclicos]			
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	ELAVIL	QL=30 días
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	SINEQUAN	QL=30 días
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	TOFRANIL	QL=30 días
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	PAMELOR	QL=30 días
<i>doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	SINEQUAN	QL=30 días
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]			
Anticholinergics [Anticolinérgicos]			
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	COGENTIN	QL=30 días
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS]			
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]			
<i>risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab</i>	1	RISPERDAL	QL=5 días
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]			
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	HALDOL	QL=5 días
<i>haloperidol 5 mg tab</i>	2	HALDOL	QL=5 días
<i>haloperidol 10 mg tab</i>	3	HALDOL	QL=5 días
<i>haloperidol 20 mg tab</i>	4	HALDOL	QL=5 días

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
DETOX TREATMENT [TRATAMIENTO DE DETOX]			
Detox Treatment [Tratamiento De Detox]			
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab</i>	1	CATAPRESS	QL=7 días
<i>folic acid 1 mg tab</i>	1	FOLIC ACID	QL=7 días, OTC
<i>ibuprofen 800 mg tab</i>	1	MOTRIN	QL=7 días
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	1	IMODIUM	QL=7 días
<i>vitamin b-1 100 mg tab</i>	1	THIAMINE	QL=7 días
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO]			
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]			
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	DEPAKOTE	QL=30 días
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	LAMICTAL	QL=30 días
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr</i>	1	DEPAKENE	QL=30 días
<i>divalproex sodium 125 mg cap sprinkle</i>	3	DEPAKOTE	QL=30 días
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]			
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]			
<i>amphetamine-dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab</i>	2	ADDERALL	QL=30 días, AL 4-18 años
<i>amphetamine-dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	3	ADDERALL	QL=30 días, AL 4-18 años
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	3	DEXEDRINE	QL=30 días, AL 4-18 años
<i>dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap er 24 hr, 5 mg cap er 24 hr</i>	4	DEXEDRINE SR	QL=30 días, AL 4-18 años
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr</i>	5	DEXEDRINE SR	QL=30 días, AL 4-18 años
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD]			
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab</i>	1	CATAPRESS	QL=7 días
<i>dexmethylphenidate hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	FOCALIN	QL=30 días, AL 6-18 años

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



SUB MENTAL

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	2	RITALIN	QL=30 días, AL 6-18 años
<i>dexmethylphenidate hcl 10 mg tab</i>	3	FOCALIN	QL=30 días, AL 6-18 años
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	RITALIN	QL=30 días, AL 6-18 años
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er, 20 mg tab er</i>	3	METADATE ER	QL=30 días, AL 6-18 años
<i>dexmethylphenidate hcl er 10 mg cap er 24 hr, 15 mg cap er 24 hr, 30 mg cap er 24 hr, 5 mg cap er 24 hr</i>	4	FOCALIN XR	QL=30 días, ST, AL 6-18 años, P
FOCALIN XR 20 mg cap er 24 hr	4		QL=30 días, ST, AL 6-18 años, P
<i>methylphenidate hcl er 18 mg tab er, 27 mg tab er, 54 mg tab er</i>	4	CONCERTA	QL=30 días, ST, AL 6-18 años
STRATTERA 10 mg cap, 100 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap	4		PA, QL=30 días, AL 6-18 años, P
<i>methylphenidate hcl er 36 mg tab er</i>	5	CONCERTA	QL=30 días, ST, AL 6-18 años
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]			
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]			
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	DALMANE	QL=5 días
<i>temazepam 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	RESTORIL	QL=5 días
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]			
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	AMBIEN	QL=5 días

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

A		L	
<i>amitriptyline hcl</i>	2	<i>lamotrigine</i>	3
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	3	<i>loperamide hcl</i>	2
		<i>lorazepam</i>	1
B		M	
<i>benztropine mesylate</i>	2	<i>methylphenidate hcl</i>	3
<i>bupropion hcl</i>	1	<i>methylphenidate hcl er</i>	3, 4
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	1	<i>mirtazapine</i>	1
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	1		
C		N	
<i>citalopram hydrobromide</i>	1	<i>nortriptyline hcl</i>	2
<i>clonazepam</i>	1		
<i>clonidine hcl</i>	2, 3	O	
		<i>ormir</i>	1
D		P	
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	3	<i>paroxetine hcl</i>	1
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	3	<i>pharbedryl</i>	1
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	3		
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	3	R	
<i>diazepam</i>	1	<i>risperidone</i>	2
<i>diphenhydramine hcl</i>	1		
<i>divalproex sodium</i>	3	S	
<i>doxepin hcl</i>	2	<i>sertraline hcl</i>	2
		STRATTERA	4
F		T	
<i>fluoxetine hcl</i>	1	<i>temazepam</i>	4
<i>flurazepam hcl</i>	4	<i>trazodone hcl</i>	1
FOCALIN XR.....	4		
<i>folic acid</i>	2	V	
		<i>valproic acid</i>	3
H		<i>venlafaxine hcl</i>	2
<i>haloperidol</i>	2	<i>vitamin b-1</i>	2
<i>hydroxyzine pamoate</i>	1		
I		Z	
<i>ibuprofen</i>	2	<i>zolpidem tartrate</i>	4
<i>imipramine hcl</i>	2		
K			
<i>kp diphenhydramine hcl</i>	1		

