



ONCOLOGÍA

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



15 de julio de 2024

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

Estimado proveedor:

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

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

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios, especialistas y farmacéuticos, además han sido considerados por profesionales activos en su práctica clínica. Los formularios son documentos revisados frecuentemente conforme al modelo de Organizaciones de Manejo de Cuidado. Estos pueden sufrir cambios regularmente, lo cual se notifica mediante Cartas Normativas.

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

Atentamente,



Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva

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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

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

TABLA DE CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.....	3
DISEÑO DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA.....	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	10
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]	11
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	11
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDS) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	11
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración]	11
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración].....	12
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]	13
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	13
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS].....	13
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides].....	13
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides].....	13
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	13
Macrolides [Macrólidos].....	13
Penicillins [Penicilinas]	14
Quinolones [Quinolonas].....	15
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	15
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]	15
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes].....	15
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS].....	16
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3]	16
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos].....	16

Phenothiazines [Fenotiazinas]	16
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	16
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	16
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....	16
Antifungals [Antifungales]	16
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	17
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos].....	17
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE].....	17
Cobalamins [Cobalaminas].....	17
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides].....	17
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]	18
Folates [Folatos].....	18
Iron [Hierro].....	18
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS].....	18
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes].....	18
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis].....	19
Antiandrogens [Antiandrógenos].....	19
Antiestrogens [Antiestrógenos]	19
Antimetabolites [Antimetabolitos].....	19
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos].....	20
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores De Enzimas]	20
Antineoplastic Progestins [Antineoplásticos De Progestina].....	21
Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa].....	21
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]	21
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh].....	21
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]	22
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásticos Misceláneos]	22
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos].....	22
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]	22
Antifungals [Antifungales]	22
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	22
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel].....	22

GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	23
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	23
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].....	23
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]	23
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	23
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	23
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	23
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina].....	23
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	24
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes].....	24
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	25
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]	25

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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
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	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST

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

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

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

RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

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

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

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo 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>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>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
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	INDOCIN	
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración]				
<i>fentanyl 12 mcg/hr td patch 72 hr, 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	Preferred	DURAGESIC	
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	2	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
<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>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	3	Preferred	DAZIDOX	QL=15 días No refills
<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	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	Preferred	MORPHINE	
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills
<i>acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills AL >18 años
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills AL >18 años
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL=15 días No refills AL >18 años
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	1	Preferred	NORCO	QL=15 días No refills
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	
<i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	PERCOCET	No refills
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	
<i>codeine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab</i>	2	Preferred	CODEINE	
<i>meperidine hcl 100 mg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	2	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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	2	Preferred	PERCOCET	No refills
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	Preferred	DILAUDID	
<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 Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides]				
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	Preferred	RE VIA	
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]				
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	NARCAN	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
Macrolides [Macrólidos]				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>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	
ERY-TAB 500 mg tab dr	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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>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		
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	
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	
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	NEURONTIN	
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	2	Preferred	DILANTIN	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	Preferred	DILANTIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]				
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas De 5-HT3]				
<i>ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt</i>	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
<i>ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	Preferred	ZOFRAN	
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 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</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	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
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	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	1	Preferred	NIZORAL	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	Preferred	LAMISIL	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	2	Preferred	DIFLUCAN	
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
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	12	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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]				
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	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
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	11	Preferred		PA
Folates [Folatos]				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
Iron [Hierro]				
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Preferred		
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]				
GLEOSTINE 10 mg cap, 40 mg cap, 100 mg cap		Preferred		
<i>melphalan 2 mg tab</i>		Preferred	ALKERAN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	4	Preferred	TEMODAR	PA
LEUKERAN 2 mg tab	6	Preferred		
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
<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	21	Preferred		PA
Antiandrogens [Antiandrógenos]				
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	Preferred	CASODEX	
<i>flutamide 125 mg cap</i>	4	Preferred	EULEXIN	
<i>abiraterone 250 mg tab</i>	14	Preferred		PA
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	
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) 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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml 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>	13	Preferred	GLEEVEC	PA
<i>everolimus 2.5 mg tab</i>	20	Preferred	AFINITOR	PA
sorafenib tosylate 200 mg tab		Preferred	NEXAVAR	PA
LYNPARZA 100 mg tab, 150 mg tab		Preferred		PA
NEXAVAR 200 mg tab	20	Preferred		PA
TUKYSA 50 mg tab, 150 mg tab		Preferred		PA
<i>everolimus 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	21	Preferred	AFINITOR	PA
<i>imatinib 400 mg tab</i>	23	Preferred	GLEEVEC	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>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
SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]				
<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 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 45 mg im kit, 7.5 mg im kit	6	Preferred		PA
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
<i>leuprolide acetate 1 mg/ 0.2 ml inj kit</i>	7	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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap</i>		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 50 mg cap</i>	4	Preferred	VEPESID	
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	OTC
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
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	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]				
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	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Preferred		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]				
<i>cimetidine hcl 300 mg/ml sol,</i>	1	Preferred	TAGAMET	
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]				
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]				
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	PA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln</i>	4	Preferred	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	5	Preferred	SANDIMMUNE	PA
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml soln</i>		Preferred	ORAPRED	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]				
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMURAN	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	3	Preferred	PROGRAF	PA
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	Preferred	PROGRAF	PA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	Preferred	RAPAMUNE	PA
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Preferred	PROGRAF	PA
RAPAMUNE 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 9 for monthly net cost range [Ver página 9 para rangos de costo neto mensual]

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

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

A		<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	14
<i>abiraterone</i>	19	<i>etoposide</i>	22
<i>acetaminophen-codeine</i>	12	<i>everolimus</i>	20
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	12	<i>everolimus</i>	20
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	12	<i>everolimus</i>	20
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	12	F	
ACTIMMUNE.....	22	<i>famotidine</i>	23
<i>acyclovir</i>	17	<i>fentanyl</i>	11
<i>amoxicillin</i>	14	FIRMAGON	22
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	14	<i>fluconazole</i>	16, 17
<i>ampicillin</i>	14	<i>fludrocortisone acetate</i>	23
<i>anastrozole</i>	21	<i>fluorouracil</i>	22
<i>azathioprine</i>	24	<i>flutamide</i>	19
<i>azithromycin</i>	13	<i>folic acid</i>	18
B		FULPHILA.....	17
<i>bicalutamide</i>	19	G	
BICILLIN L-A	14, 15	<i>gabapentin</i>	15
BRAFTOVI.....	22	GLEOSTINE.....	18
C		H	
<i>calcitriol</i>	25	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	12
<i>capecitabine</i>	19	<i>hydrocortisone</i>	24
CARAFATE.....	23	<i>hydromorphone hcl</i>	12, 13
<i>cimetidine hcl</i>	23	<i>hydroxyurea</i>	19
<i>ciprofloxacin</i>	15	I	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	15	IBRANCE	20
<i>clarithromycin</i>	13	<i>ibuprofen</i>	11
<i>clotrimazole</i>	22	<i>imatinib</i>	20
<i>codeine sulfate</i>	12	IMBRUVICA	20
<i>cyanocobalamin</i>	17	<i>indomethacin</i>	11
<i>cyclosporine</i>	23	INFED.....	18
<i>cyclosporine modified</i>	23	<i>iron</i>	18
D		K	
<i>dapsone</i>	16	<i>ketoconazole</i>	17
<i>dexamethasone</i>	24	L	
DEXFERRUM.....	18	<i>lenalidomide</i>	22
DILANTIN.....	15	<i>leucovorin calcium</i>	21
E		LEUKERAN	19
E.E.S. GRANULES	14	<i>leuprolide acetate</i>	21
ELIGARD	21	<i>levofloxacin</i>	15
ERYPED 200.....	14	<i>lidocaine viscous</i>	13
ERYPED 400.....	14	LONSURF.....	22
ERY-TAB.....	13	LUPRON DEPOT	21
ERYTHROCIN STEARATE.....	14		
<i>erythromycin base</i>	14		

ONCOLOGIA

LUPRON DEPOT-PED	21
LYNPARZA	20

M

MATULANE	22
MEDROL	24
megestrol acetate	21
meloxicam	11
melphalan	18
meperidine hcl	12
mercaptopurine	19
methotrexate	19, 20
methylprednisolone	24
methylprednisolone (pak)	24
metoclopramide hcl	16
misoprostol	23
morphine sulfate	12
morphine sulfate (concentrate)	13
morphine sulfate er	11, 12
mycophenolate mofetil	24
MYLERAN	19

N

nabumetone	11
naloxone hcl	13
naltrexone hcl	13
naproxen	11
naproxen dr	11
NEULASTA	17
NEUPOGEN	17
NEXAVAR	20
NIVESTYM	17
nystatin	22

O

omeprazole	23
ondansetron	16
ondansetron hcl	16
Orserdu	19
oxycodone hcl	11
oxycodone-acetaminophen	12, 13

P

penicillin g procaine	15
penicillin v potassium	14
phenytoin	15
phenytoin sodium extended	15
prednisolone	24
prednisone	24

prednisone (pak)	24
prochlorperazine	16
prochlorperazine edisylate	16
prochlorperazine maleate	16
PROCRIT	18
promethazine hcl	16

R

raloxifene	19
RAPAMUNE	24
RETACRIT	18
REVLIMID	22
RUXIENCE	20

S

sirolimus	24
sorafenib tosylate	20
STIVARGA	19
sucrafate	23
sulfadiazine	15
sulfamethoxazole-tmp ds	15
sulfamethoxazole-trimethoprim	15
sulindac	11
sunitinib	20
SUTENT	20

T

tacrolimus	24
tamoxifen citrate	19
temozolomide	19
terbinafine hcl	17
tramadol hcl	12
trimethobenzamide hcl	16
TUKYSA	20

V

VENCLEXTA	21
VENCLEXTA STARTING PACK	21
VERZENIO	21

X

XTANDI	21
--------------	----

Z

ZIEXTENZO	17
ZOLADEX	22

¿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

