



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



SUB FÍSICO

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

A B ▲ R C A

First **MEDICAL**
HEALTH PLAN, INC.


MMM
multihhealth

PLAN DE SALUD
MENONITA

 **TRIPLE-S SALUD** 
Blue Cross Blue Shield of Puerto Rico



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

SUB FISICA

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:**

- Contraindicación al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el PDL;
- Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el PDL;
- Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en PDL
- 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

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

SUB FISICA

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 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.

SUB FISICA

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.

SUB FISICA

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV

TABLA DE CONTENIDO

ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	13
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]	13
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]	13
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]	13
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]	13
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	14
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]	14
Macrolides [Macrólidos]	14
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]	14
Penicillins [Penicilinas]	15
Quinolones [Quinolonas]	15
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]	15
Sulfonamides [Sulfonamidas]	16
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]	16
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]	16
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]	16
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]	17
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]	17
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	17
Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao]	17
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	17
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]	17
Biganides [Biguanidas]	17
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]	17
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]	17
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]	17
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]	18
Sulfonylureas [Sulfonilureas]	18
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]	18

SUB FISICA

Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos].....	18
Phenothiazines [Fenotiazinas]	18
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]	18
Antigout Agents [Agentes Antigota].....	18
Uricosurics [Uricosúricos].....	18
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]	18
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]	18
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos].....	18
Angiotensin II Receptor Blockers (Arb) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]	19
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin]	19
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]	19
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica].....	19
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	19
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	19
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]	20
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]	20
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio].....	20
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	20
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	21
Vasodilators [Vasodilatadores]	21
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]	21
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos].....	21
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]	21
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos].....	21
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]	21
Antituberculars [Antituberculosos]	21
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	21
Antimalarials [Antimaláricos]	21
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON].....	22
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson].....	22
Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina].....	22
Monoamine Oxidase B (Mao-B) Inhibitors [Inhibidores De Mao-B]	22
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	23
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	23

SUB FISICA

Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]	23
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]	23
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]	23
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos].....	23
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	23
Anticoagulants [Anticoagulantes]	23
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]	23
Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas].....	24
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]	24
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II].....	24
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A].....	24
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]	24
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]	24
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III].....	25
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]	25
Vasodilators [Vasodilatadores]	25
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES].....	25
Antifungals [Antifungales].....	25
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS].....	25
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos].....	25
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]	26
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Acidos Biliares]	26
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]	26
Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa]	26
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]	26
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]	26
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]	26
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]	26
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]	26
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]	26
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES].....	26
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide].....	26
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]	27
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina]	27

SUB FISICA

Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]	27
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	27
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	27
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]	28
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]	28
Sulfonamides [Sulfonamidas]	28
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]	28
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]	28
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]	28
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]	28
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]	28
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]	28
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]	29
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]	29
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	29
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	29
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	29
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	29
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]	29
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	29
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	29
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]	30
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]	30
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]	30
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	30

SUB FISICA

DISEÑO 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]	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>	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills

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 **Segunda Columna**, presenta la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. 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 o Límites, según aplican.

SUB FISICA

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.

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	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</i>	Preferred	MOTRIN	QL = 5 días
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	RELAFEN	QL = 5 días
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	NAPROSYN	QL = 15 días; No repeticiones
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	DISALCID	QL = 5 días
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	Preferred	INDOCIN	
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]			
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	Preferred	TYLENOL- CODEINE	QL = 5 días; AL > 18 años
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	Preferred	TYLENOL- CODEINE	QL = 6 tabletas diarias / 5 días de suplido dentro de 30 días; AL > 18 años
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	Preferred	ULTRAM	QL = 3 tabletas diarias / 5 días de suplido dentro de 30 días; AL ≥ 12 años
<i>margesic 50-325-40 mg cap</i>	Preferred	FIORICET	QL = 5 días
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]			
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]			
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	Preferred	XYLOCAINE	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]			
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]			
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	Preferred	KEFLEX	QL = 5 días
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	Preferred	DURICEF	QL = 5 días; AL = 0 - 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	Preferred	KEFLEX	QL = 5 días
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	Preferred	DURICEF	QL = 5 días; AL = 0 - 12 años
Macrolides [Macrólidos]			
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días
<i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	ERY-TAB	QL = 5 días
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	Preferred	E.E.S.	QL = 5 días
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	Preferred		QL = 5 días
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]			
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	Preferred	CLEOCIN	QL = 5 días
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	FLAGYL	QL = 5 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>nitrofurantoin monohydrate macro 100 mg cap</i>	Preferred	MACROBID	QL = 5 días
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>	Preferred	AMOXIL	QL = 5 días
<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>	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	Preferred	PRINCIPEN	QL = 5 días
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	Preferred	VEETIDS	QL = 5 días
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
Quinolones [Quinolonas]			
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	LEVAQUIN	QL = 5 días
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]			
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	Preferred	CECLOR	QL = 5 días
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	Preferred	CEFZIL	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Sulfonamides [Sulfonamidas]			
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]			
<i>cefдинир 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
<i>cefдинир 250 mg/5ml susp</i>	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]			
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]			
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	Preferred	TEGRETOL	QL = 5 días
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	Preferred	NEURONTIN	QL = 5 días
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
<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>	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	MYSOLINE	QL = 5 días
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días
<i>DILANTIN 30 mg cap</i>	Preferred		QL = 5 días
<i>levetiracetam 1000 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
<i>oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab</i>	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
<i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln</i>	Preferred	ZARONTIN	QL = 5 días
<i>phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln</i>	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]			
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]			
<i>donepezil hcl 10 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	ARICEPT	QL = 5 días
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	Preferred	EXELON	QL = 5 días
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]			
Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao]			
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	Preferred	CARBEX	QL = 5 días
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]			
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]			
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	PRECOSE	QL = 5 días
Biguanides [Biguanidas]			
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	Preferred	GLUCOPHAGE	QL = 5 días
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]			
<i>HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp</i>	Preferred		QL = 1 vial / 30 días
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]			
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	Preferred	ACTOS	QL = 5 días
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]			
<i>HUMULIN N 100 unit/ml sc susp</i>	Preferred		QL = 1 vial / 30 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]			
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	Preferred		QL = 1 vial / 30 días
Sulfonylureas [Sulfonilureas]			
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	Preferred	AMARYL	QL = 5 días
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	Preferred	GLUCOTROL	QL = 5 días
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]			
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]			
metoclopramide hcl 10 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml inj soln	Preferred	REGLAN	QL = 5 días
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	Preferred	TIGAN	QL = 5 días
Phenothiazines [Fenotiazinas]			
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	Preferred	COMPAZINE	QL = 5 días
prochlorperazine 25 mg rect supp	Preferred	COMPAZINE	QL = 5 días
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]			
Antigout Agents [Agentes Antigota]			
allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab	Preferred	ZYLOPRIM	QL = 5 días
colchicine 0.6 mg tab	Preferred	COLCRYS	QL = 3 tab en 15 días
Uricosurics [Uricosúricos]			
probenecid 500 mg tab	Preferred	BENEMID	QL = 5 días
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]			
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]			
clonidine hcl 0.2 mg tab, 0.3 mg tab	Preferred	CATAPRESS	QL = 5 días
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	Preferred	ALDOMET	QL = 5 días
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]			
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Angiotensin II Receptor Blockers (Arb) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]			
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	COZAAR	QL = 5 días
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	Preferred	HYZAAR	QL = 5 días
Angiotensin-Converting Enzyme (Ace) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensin]			
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	ZESTRIL	QL = 5 días
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	Preferred	ZESTORETIC	QL = 5 días
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]			
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	NORVASC	QL = 5 días
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	CALAN	QL = 5 días
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica]			
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	Preferred	DIAMOX	QL = 5 días
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]			
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	TENORMIN	QL = 5 días
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]			
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	Preferred	TENORETIC	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>metoprolol- hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	Preferred	LOPRESSOR HCT	QL = 5 días
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	Preferred	LOPRESSOR HCT	QL = 5 días
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]			
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	LASIX	QL = 5 días
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]			
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio]			
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	ALDACTONE	QL = 5 días
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	Preferred	MAXZIDE	QL = 5 días
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]			
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	DIURIL	QL = 5 días
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	HYGROTON	QL = 5 días
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	MICROZIDE	QL = 5 días
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	Preferred	LOZOL	QL = 5 días
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	ZAROXOLYN	QL = 5 días
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	Preferred	HYGROTON	QL = 5 días
<i>metolazone 10 mg tab</i>	Preferred	ZAROXOLYN	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]			
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	Preferred	COREG	QL = 5 días
Vasodilators [Vasodilatadores]			
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	APRESOLINE	QL = 5 días
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]			
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]			
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]			
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]			
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Preferred	MESTINON	QL = 5 días
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	Preferred	MESTINON	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]			
Antituberculars [Antituberculosos]			
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	Preferred	ISONIAZID	QL = 5 días
<i>rifampin 150 mg cap</i>	Preferred	RIFADIN	QL = 5 días
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Preferred	PYRAZINAMIDE	QL = 5 días
<i>rifampin 300 mg cap</i>	Preferred	RIFADIN	QL = 5 días
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	Preferred	ISONIAZID	QL = 5 días
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Preferred	MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Program
<i>cycloserine 250 mg cap</i>	Preferred	SEROMYCIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Program
CAPASTAT SULFATE 1 gm inj	Preferred		Puerto Rico Health Department Tuberculosis Program
RIFAMATE 150-300 mg cap	Preferred		Puerto Rico Health Department Tuberculosis Program
TRECTOR 250 mg tab	Preferred		Puerto Rico Health Department Tuberculosis Program
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]			
Antimalarials [Antimaláricos]			
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	ARALEN	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	Preferred	PLAQUENIL	QL = 5 días
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Preferred	DARAPRIM	QL = 5 días
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]			
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]			
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	Preferred	MIRAPEX	QL = 5 días
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	REQUIP	QL = 5 días
<i>ropinirole hcl 2 mg tab</i>	Preferred	REQUIP	QL = 5 días
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa- entacapone 18.75-75-200 mg tab</i>	Preferred	STALEVO	QL = 5 días
<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>	Preferred	STALEVO	QL = 5 días
Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina]			
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	Preferred	SINEMET	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	Preferred	SINEMET	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	Preferred	SINEMET CR	QL = 5 días
Monoamine Oxidase B (Mao-B) Inhibitors [Inhibidores De Mao-B]			
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	Preferred	CARBEX	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]			
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]			
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Preferred	VALCYTE	PA; QL = 5 días
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]			
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]			
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]			
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]			
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días
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>	Preferred	COUMADIN	QL = 5 días
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]			
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	Preferred		PA; QL = 5 días
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	Preferred		PA; QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln,	Preferred		PA
Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas]			
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	PLETAL	QL = 5 días
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	Preferred	PLAVIX	QL = 5 días
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]			
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]			
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días
<i>sotalol hcl (af) 120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]			
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL = 5 días
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	Preferred	QUINAGLUTE	QL = 5 días
<i>quinidine sulfate er 300 mg tab er</i>	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL = 5 días
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]			
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]			
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]			
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Preferred	CORDARONE	QL = 5 días
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]			
<i>digox 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	Preferred	LANOXIN	QL = 5 días
<i>digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	Preferred	LANOXIN	QL = 5 días
Vasodilators [Vasodilatadores]			
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	Preferred	ISORDIL	QL = 5 días
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	Preferred	IMDUR	QL = 5 días
<i>NITROSTAT 0.3 mg tab sublingual, 0.4 mg tab sublingual, 0.6 mg tab sublingual</i>	Preferred		QL = 5 días
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]			
Antifungals [Antifúngicos]			
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	Preferred	MYCELEX	QL = 5 días; OTC
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp, 100000 unit/ml cream</i>	Preferred	NYSTATIN	QL = 5 días
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]			
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos]			
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	Preferred	BACTROBAN	QL = 5 días
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	Preferred	SILVADENE	QL = 5 días
<i>gentamicin sulfate 0.1 % cream</i>	Preferred	GARAMYCIN	QL = 1 frasco / 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>gentamicin sulfate 0.1 % oint</i>	Preferred	GARAMYCIN	QL = 1 tubo / 5 días
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]			
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares]			
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días
<i>cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]			
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	Preferred	LOPID	QL = 5 días
Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa]			
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	LIPITOR	QL = 5 días
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	ZOCOR	QL = 5 días
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]			
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]			
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	Preferred	PEPCID	QL = 5 días
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]			
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	Preferred	ACTIGALL	PA; QL = 5 días
<i>ursodiol 250 mg tab</i>	Preferred	URSO 250	PA; QL = 5 días
<i>ursodiol 500 mg tab</i>	Preferred	URSO Forte	PA; QL = 5 días
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]			
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr</i>	Preferred	PRILOSEC	QL = 5 días
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]			
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]			
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	Preferred	PYRIDIUM	QL = 3 días
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]			
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]			
<i>methimazole 10 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	TAPAZOLE	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	QL = 5 días
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]			
<i>cinacalcet 30 mg tab</i>	Preferred	SENSIPAR	PA
<i>cinacalcet 60 mg tab, 90 mg tab</i>	Preferred	SENSIPAR	PA
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina]			
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]			
<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>	Preferred	SYNTHROID	QL = 5 días
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	Preferred		QL = 5 días
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]			
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]			
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	Preferred	DECADRON	QL = 5 días
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	Preferred	MEDROL	QL = 5 días
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	Preferred	MEDROL	QL = 5 días
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]			
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]			
<i>DELZICOL 400 mg cap dr</i>	Preferred		QL = 5 días
<i>mesalamine tab dr 800 mg</i>	Preferred	ASACOL	QL = 5 días
Sulfonamides [Sulfonamidas]			
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	Preferred	AZULFIDINE	QL = 5 días
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]			
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]			
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	Preferred	LIORESAL	QL = 5 días
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]			
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	Preferred	FLEXERIL	QL = 5 días
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]			
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]			
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	Preferred	ALPHAGAN	QL = 1 frasco 5 ml / 15 días
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	Preferred	TRUSOPT	QL = 1 frasco / 30 días
<i>levobunolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	Preferred	BETAGAN	QL = 1 frasco / 15 días
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln</i>	Preferred	BETAGAN	QL = 1 frasco / 15 días
<i>timolol maleate 0.5 % ophth soln</i>	Preferred	TIMOPTIC	QL = 1 frasco / 30 días
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln</i>	Preferred	TIMOPTIC	QL = 1 frasco / 25 días
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	Preferred	COSOPT	QL = 1 frasco / 30 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	Preferred	BETOPTIC	QL = 1 frasco / 15 días
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]			
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint</i>	Preferred	GARAMYCIN	QL = 5 días
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth soln</i>	Preferred	GARAMYCIN	QL = 5 días
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	Preferred	TOBREX	QL = 1 frasco / 5 días
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]			
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	Preferred	XALATAN	QL = 1 frasco / 25 días
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]			
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	Preferred	MAXITROL	
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	Preferred	PRED FORTE	QL = 1 frasco 5ml / 25 días
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]			
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]			
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	Preferred	VOSOL	QL = 1 frasco / 10 días
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]			
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	Preferred	CORTISPORIN	QL = 1 frasco / 10 días
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]			
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]			
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	Preferred	ATROVENT	QL = 5 días
Antileukotrienes [Antileukotrienos]			
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	Preferred	SINGULAIR	QL = 5 días

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]			
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	Preferred	CHERATUSSIN	QL = 5 días
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]			
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp,</i>	Preferred	PULMICORT	QL = 5 días; AL = 0 - 12 años
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	Preferred	PULMICORT	AL = 0 - 12 años
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]			
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</i>	Preferred	PHENERGAN	QL = 5 días
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]			
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln</i>	Preferred	PROVENTIL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días; Límite de repeticiones = 1
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	BRETHINE	QL = 5 días
<i>albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer</i>	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días; Límite de repeticiones = 1

SUB FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%</i>	Preferred	ALBUTEROL	QL = 20 mL en 30 días; Límite de repeticiones = 1
<i>albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml</i>	Preferred	ALBUTEROL	QL = 473 mL en 15 días; Límite de repeticiones = 1
<i>albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml</i>	Preferred	ALBUTEROL	QL = 60 amp (180 mL) en 15 días; AL = 0 - 3; Límite de repeticiones = 1

SUB FÍSICA

A

acarbose.....	17
acetaminophen-codeine.....	13
acetaminophen-codeine #3.....	13
acetazolamide.....	19
acetic acid.....	29
acyclovir.....	23
albuterol HFA.....	30
albuterol sulfate.....	30, 31
albuterol sulfate syrup.....	31
allopurinol.....	18
amantadine hcl.....	22, 23
amiodarone hcl.....	25
amlodipine besylate.....	19
amoxicillin.....	15
amoxicillin-pot clavulanate.....	15
ampicillin.....	15
ASACOL HD.....	28
atenolol.....	19
atenolol-chlorthalidone.....	19
atorvastatin calcium.....	26
azithromycin.....	14

B

baclofen.....	28
betaxolol hcl.....	29
brimonidine tartrate.....	28
bromocriptine mesylate.....	22, 27
budesonide.....	30

C

CAPASTAT SULFATE.....	21
carbamazepine.....	16
carbidopa-levodopa.....	22
carbidopa-levodopa er.....	22
carbidopa-levodopa-entacapone.....	22
carvedilol.....	21
cefaclor.....	15
cefadroxil.....	14
cefdinir.....	16
cefprozil.....	15
cephalexin.....	14
chloroquine phosphate.....	21
chlorothiazide.....	20
chlorthalidone.....	20
cholestyramine.....	26
cholestyramine light.....	26
cilostazol.....	24

cinacalcet.....	27
ciprofloxacin.....	15
ciprofloxacin hcl.....	15
clarithromycin.....	14
clindamycin hcl.....	14
clonidine hcl.....	18
clopidogrel bisulfate.....	24
clotrimazole.....	25
colchicine.....	18
COLCRYS.....	18
cyclobenzaprine hcl.....	28
cycloserine.....	21

D

dantrolene sodium.....	28
DELZICOL.....	28
dexamethasone.....	27
digox.....	25
digoxin.....	25
DILANTIN.....	16
donepezil hcl.....	17
dorzolamide hcl.....	28

E

ERYTHROCIN STEARATE.....	14
erythromycin base.....	14
erythromycin ethylsuccinate.....	14
ethosuximide.....	17

F

famotidine.....	26
flecainide acetate.....	24, 25
furosemide.....	20

G

gabapentin.....	16
gemfibrozil.....	26
gentamicin sulfate.....	25, 26, 29
glimepiride.....	18
glipizide.....	18
guaifenesin-codeine.....	30

H

heparin sodium (porcine).....	23
heparin sodium (porcine) pf.....	23

SUB FÍSICA

HUMULIN 70/30	17
HUMULIN N.....	17
HUMULIN R.....	18
hydralazine hcl.....	21
hydrochlorothiazide	20
hydroxychloroquine sulfate	22

I

ibuprofen.....	13
indapamide	20
indomethacin	13
ipratropium bromide	29
isoniazid.....	21
isosorbide mononitrate.....	25
isosorbide mononitrate er	25

L

latanoprost	29
levetiracetam.....	16
levobunolol hcl.....	28
levofloxacin	15
levothyroxine sodium	27
lidocaine viscous.....	13
lisinopril.....	19
lisinopril-hydrochlorothiazide	19
losartan potassium.....	19
losartan potassium-hctz	19

M

margesic.....	13
mesalamine tab dr	28
MESTINON.....	21
metformin hcl	17
methimazole	26
methyl dopa	18
methylprednisolone	27, 28
metoclopramide hcl.....	18
metolazone	20
metoprolol succinate er.....	19
metoprolol tartrate.....	19
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	20
metronidazole	14
mexiletine hcl.....	24
montelukast sodium.....	29
mupirocin	25

N

nabumetone.....	13
naproxen.....	13

neomycin-polymyxin-dexamethasone	29
neomycin-polymyxin-hc.....	29
NEULASTA	23
NEULASTA DELIVERY KIT.....	23
nitrofurantoin macrocrystal	14
nitrofurantoin monohyd macro	15
NITROSTAT	25
NIVESTYM	24
nystatin	25

O

omeprazole.....	26
oxcarbazepine	16

P

penicillin v potassium.....	15
phenazopyridine hcl.....	26
phenobarbital.....	16, 17
phenytoin.....	16
phenytoin sodium extended.....	17
pioglitazone hcl.....	17
pramipexole dihydrochloride	22
prednisolone acetate	29
prednisone.....	27
prednisone (pak)	27
primidone.....	16
probenecid.....	18
prochlorperazine	18
prochlorperazine maleate	18
promethazine hcl	30
propafenone hcl.....	25
propranolol hcl.....	20, 24
propylthiouracil.....	27
pyrazinamide	21
pyridostigmine	21
pyridostigmine bromide	21
pyrimethamine	22

Q

quinidine gluconate er	24
quinidine sulfate	24
quinidine sulfate er	24

R

rifabutin.....	21
RIFAMATE	21
rifampin.....	21
rivastigmine tartrate	17
ropinirole hcl.....	22

SUB FÍSICA

S

<i>salsalate</i>	13
<i>selegiline hcl</i>	17, 22
<i>silver sulfadiazine</i>	25
<i>simvastatin</i>	26
<i>sotalol hcl</i>	24
<i>sotalol hcl (af)</i>	24
<i>spironolactone</i>	20
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	16
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	16
<i>sulfasalazine</i>	28
SYNTHROID	27

T

<i>terazosin hcl</i>	18, 23
<i>terbutaline sulfate</i>	30
<i>timolol maleate</i>	28

<i>tobramycin</i>	29
<i>topiramate</i>	16, 21
<i>tramadol hcl</i>	13
TRECATOR	21
<i>triamterene-hctz</i>	20
<i>trimethobenzamide hcl</i>	18

U

<i>ursodiol</i>	26
-----------------------	----

V

<i>valganciclovir hcl</i>	23
<i>verapamil hcl</i>	19

W

<i>warfarin sodium</i>	23
------------------------------	----

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



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