

CARTA INFORMATIVA

6 de mayo de 2021

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc. para el Plan Vital, Región Única y Población Vital-X (Virtual)

Re: Actualización de Formularios de Medicamentos 2021

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc. (FMHP).

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Informativa relacionada a la Actualización de Formularios de Medicamentos de 2021 de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), emitida el 1 de mayo de 2021.

A través de este comunicado, la ASES informa sobre la actualización de los principales Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC): Salud Física y Salud Mental y los subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH-SIDA, Sub Físico y Sub Mental. Los medicamentos incluidos en el Formulario fueron evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la ASES.

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/>

Para detalles específicos sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a que lea detenidamente la Carta Informativa Actualización de Formularios 2021.

Si usted tiene alguna pregunta y/o requiere información adicional, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1-844-347-7802 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También puede acceder a nuestra página electrónica www.firstmedicalvital.com.

Cordialmente,

Departamento de Proveedores
First Medical Health Plan, Inc.



1 de mayo de 2021

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

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) 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 FMC 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, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican 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/>

Cordialmente,



Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo



Salud Física

2020

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B **▲** R C A





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

3 de febrero de 2020

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

Estimado proveedor:

Me place presentarles el Formulario de Medicamentos en Cubierta (FMC) del PSV de Salud Física y Salud Mental, así como sus respectivos subformularios. El mismo apoya el cuidado médico bajo el nuevo modelo de servicios integrados del Plan de Salud Vital del Gobierno de PR, que está vigente desde el 1 de enero de 2020.

Los subformularios incluyen: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado (FEI), VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) 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, médicos especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios, que se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

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

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo



• PO Box 195661, San Juan, PR 00919-5661 • Tel: 787.474.3300 • www.asespr.org

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-19-166

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 (FMC) 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 Formulario de Medicamentos en Cubierta 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 Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV a través de su Administrador del Programa de Farmacia o “PPA”. Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSV.

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC 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 FMC, 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 FMC;
- b. Historial de reacción adversa clínicamente significativa al (los) medicamento(s) que aparece(n) en el FMC;
- c. Evidencia de fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en FMC
- d. Inexistencia de una alternativa terapéutica en el FMC.

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 FMC, 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 FMC 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 FMC, 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 FMC 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 seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.

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

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

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

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

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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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



Salud Física

2020

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B ▲ R C A



18-106-005

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV

2020

TABLA DE CONTENIDO

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2020.....	16
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]	18
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]	18
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	18
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración].....	18
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración].....	19
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]	20
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	20
ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]	20
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	20
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos].....	21
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	21
Aminoglycosides [Aminoglucósidos].....	21
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]	21
Macrolides [Macrólidos].....	21
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]	22
Quinolones [Quinolonas]	24
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación]	24
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	24
Tetracyclines [Tetraciclinas].....	24
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación]	25
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales].....	25
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]	25
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes].....	25
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA].....	27

Antidementia Agents [Agentes Antidemencia]	27
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa]	27
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA]	27
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	28
Antidepressants [Antidepresivos]	28
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	28
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa]	28
Biguanides [Biguanidas]	28
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4]	29
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]	29
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]	29
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin]	29
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia]	29
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]	30
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]	30
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]	30
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]	30
Sulfonylureas [Sulfonilureas]	30
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]	31
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]	31
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]	31
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3]	31
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	31
Phenothiazines [Fenotiazinas]	31
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]	31
Antigout Agents [Agentes Antigota]	31
Uricosurics [Uricosúricos]	32
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]	32
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]	32
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	32
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]	32
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]	32
.....	32

SALUD FÍSICA

Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]	33
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]	34
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos].....	34
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	34
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]	34
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	35
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]	35
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	35
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores].....	36
Vasodilators [Vasodilatadores]	36
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA].....	36
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]	36
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]	36
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS].....	36
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]	36
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	36
Antituberculars [Antituberculosos].....	36
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	37
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....	37
Antifungals [Antifungales]	37
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales].....	38
Antimalarials [Antimaláricos]	38
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalarácicos].....	38
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	38
Anthelmintics [Antihelmínticos]	38
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	38
Anticholinergics [Anticolinérgicos].....	38
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]	38
Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]	39
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B].....	39
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	40
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza]	40

Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	40
Anti-hepatitis B (hbv) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]	40
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]	40
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos].....	40
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]	40
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]	41
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]	41
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa].....	41
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa].....	41
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]	42
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]	42
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	43
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	43
Anticoagulants [Anticoagulantes].....	43
Cobalamins [Cobalaminas]	43
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]	43
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]	44
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa].....	45
Folates [Folatos].....	45
Iron [Hierro].....	46
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]	46
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas]	46
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]	46
Bisphosphonates [Bifosfonatos]	46
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]	47
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]	47
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]	47
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	47
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	47
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III].....	47
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente]	47

Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos].....	48
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]	48
Vasodilators [Vasodilatadores].....	48
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]	49
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]	49
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS].....	50
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes].....	50
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis].....	50
Antiandrogens [Antiandrógenos].....	50
Antiestrogens [Antiestrógenos]	51
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]	51
Antimetabolites [Antimetabolitos].....	51
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores de Enzimas]	51
Appetite Stimulants [Estimulantes de Apetito].....	52
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa].....	52
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]	52
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH]	52
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]	53
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]	53
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos].....	54
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]	54
Antifungals [Antifungales]	54
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]	54
Xerostomia [Xerostomía].....	54
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	54
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné].....	54
Acne Products [Productos para el Acné]	54
Antihistamines [Antihistamínicos]	54
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]	55
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos].....	55
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]	55
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia]	55

High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia].....	55
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia].....	55
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia].....	56
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]	56
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]	56
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]	56
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos].....	56
Warts [Verrugas].....	56
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]	56
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Acidos Biliares].....	56
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico].....	57
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]	57
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES]	57
Antispasmodics [Antiespasmódicos]	57
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	57
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]	57
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]	58
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]	58
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]	58
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]	58
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]	58
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos].....	58
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato].....	58
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios].....	58
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]	59
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]	59
Antihemophilic Products [Productos Antithemofílicos].....	59
Hemostatics [Hemostáticos]	60
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	61
Androgens [Andrógenos].....	61
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]	61
Calcimimetics [Calcimiméticos].....	61

Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina].....	61
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]	61
Estrogens [Estrógenos]	62
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]	62
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento].....	62
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	62
Prostaglandins [Prostaglandinas]	62
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]	62
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	63
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]	63
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]	64
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	64
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	65
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	65
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]	66
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]	67
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]	67
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	67
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia].....	68
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	68
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	68
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]	68
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]	68
Chelating Agents [Agentes Quelantes].....	69
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]	69
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]	69
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]	69
Vitamin K [Vitamina K]	70
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]	70
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad].....	70
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]	70
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES].....	70

Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]	70
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]	70
Nasal Steroids [Esteroides Nasales].....	70
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]	70
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]	70
Miotics [Mióticos]	71
Mydriatics [Midriáticos]	71
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	71
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos].....	71
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]	72
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	72
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	72
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	72
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	72
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	72
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	72
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	72
Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración].....	73
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	73
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]	73
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis].....	73
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	73
Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies].....	74
PA, Cubierta Médica.....	Error! Bookmark not defined.
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes].....	74
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]	74
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	75
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]	75
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]	75
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos].....	76

DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2020

Los medicamentos que aparecen en el FMC 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 FMC.

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

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 FMC 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 FMC, 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 FMC.

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 TERAPEÚTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Non-Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración]				
<i>fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	Preferred	DURAGESIC	
<i>fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	3	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	3	Preferred	MORPHINE	
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	4	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	4	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	Preferred	MORPHINE	

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

SALUD FISICA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	OXYCODONE APAP	QL= 6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	QL=3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días; AL ≥12 años
<i>meperidine hcl 100 mg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DEMEROL	QL=1 vial para 30 días
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	QL=20 mL diarios para 7 días de suplido en 30 días
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	Preferred	DILAUDID	QL=1 tableta diaria para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	Preferred	DILAUDID	
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>diazepam 1 mg/ml soln, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml oral conc</i>	1	Preferred	VALIUM	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	DALMANE	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>midazolam hcl 10 mg/10ml inj soln, 2 mg/2ml inj soln, 5 mg/5ml inj soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VERSED	QL 5ml / 30días
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]				
Aminoglycosides [Aminoglucósidos]				
<i>tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln</i>	18	Non-Preferred	TOBI	PA
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
Macrolides [Macrólidos]				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	FLAGYL	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	1	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACROBID	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML</i>	6	Non-Preferred	FURADANTIN	
<i>vancomycin hcl 125 mg cap</i>	9	Non-Preferred	VANCOCIN	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>vancomycin hcl 250 mg cap</i>	10	Non-Preferred	VANCOCIN	
Penincillinis [Penicilinas]				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml susp, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
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	
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación]				
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	Preferred	SULFADIAZINE	
Tetracyclines [Tetraciclinas]				
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	MINOCIN	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Non-Preferred	MONODOX	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	Non-Preferred	VIBRAMYCIN	
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación]				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	
<i>ceftriaxone 250 mg IM</i>	1	Preferred	ROCEPHIN	
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]				
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	METROGEL VAGINAL	
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Non-Preferred	CLEOCIN	
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]				
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]				
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	1	Preferred	TEGRETOL	
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	
<i>lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg</i>	3	Non-Preferred	LAMICTAL	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	KEPPRA	
<i>levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg</i>	3	Non-Preferred	KEPPRA XR	
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	1	Preferred	TRILEPTAL	
<i>phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab</i>	1	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MYSOLINE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DEPAKENE	
<i>zonisamide 50 mg cap</i>	1	Preferred	ZONEGRAN	
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	NEURONTIN	
<i>levetiracetam 100 mg/ml soln, 1000 mg tab, 750 mg tab</i>	2	Preferred	KEPPRA	
<i>oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab</i>	2	Preferred	TRILEPTAL	
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	2	Preferred	DILANTIN	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	2	Preferred	DILANTIN	
<i>zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap</i>	2	Preferred	ZONEGRAN	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>carbamazepine er 200 mg tab er 12 hr</i>	3	Preferred	TEGRETOL	
<i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln</i>	3	Preferred	ZARONTIN	
<i>phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln</i>	3	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>carbamazepine 100 mg/5ml susp</i>	4	Preferred	TEGRETOL	
<i>carbamazepine er 400 mg tab er 12 hr</i>	4	Preferred	TEGRETOL	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml susp</i>	4	Preferred	TRILEPTAL	
VIMPAT 10 mg/ml soln, 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	5	Preferred		PA, C
VIMPAT 200 mg tab, 200 mg/20ml iv soln	6	Non-Preferred		PA, NC
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]				
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia]				
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	6	Non-Preferred	HYDERGINE	
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa]				
<i>donepezil hcl 10 mg tab, 10 mg odt, 5 mg tab, 5 mg odt</i>	1	Preferred	ARICEPT	
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	3	Preferred	EXELON	
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA]				
<i>memantine 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	
<i>memantine TITRATION PAK 5 (28)-10 (21) mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Antidepressants [Antidepresivos]				
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	Preferred	ELAVIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOFRANIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	PAMELOR	MENTAL, SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
<i>duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap</i>	2	Non-Preferred	CYMBALTA	
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa]				
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	Preferred	PRECOSE	
Biguanides [Biguanidas]				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE XR	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4]				
JENTADUETO 2.5-500 mg tab, 2.5-850 mg tab, 2.5-1000 mg tab	4	Preferred		ST, C
JENTADUETO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr	4	Preferred		ST, C
TRADJENTA 5 mg tab	4	Preferred		ST, C
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]				
BAQSIMI 3mg/dose nasal pwdr	5	Preferred		Pacientes con diabetes tipo 1, AL= 4-21 años, QL= 2/365 días, no refill.
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		C
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		C
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		C
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin]				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		C

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	2	Preferred		C
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		C
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		C
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]				
JARDIANCE 10 mg tab, 25 mg tab	5	Preferred		PA, C
SYNJARDY 5-500 mg tab, 5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab, 12.5-1000 mg tab	5	Preferred		PA, C
SYNJARDY XR 5-1000 mg tab, 10-1000 mg tab, 12.5-1000 mg tab, 25-1000 mg tab	5	Preferred		PA, C
TRIJARDY XR 5-2.5-1000 mg tab, 10-5-1000 mg tab, 12.5-2.5-1000 mg tab, 25-5-1000 mg tab	5	Preferred		PA, C
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		C
Sulfonylureas [Sulfonilureas]				
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]				
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]				
<i>insulin syringe/needle</i>	1	Preferred		
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 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr, 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	Preferred	TIGAN	
Phenothiazines [Fenotiazinas]				
<i>prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	Non-Preferred	COMPAZINE	
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]				
Antigout Agents [Agentes Antigota]				
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ZYLOPRIM	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
colchicine 0.6 mg cap	3	Preferred	MITIGARE	PA
colchicine 0.6 mg tab	3	Non-Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
Uricosurics [Uricosúricos]				
probenecid 500 mg tab	1	Preferred	BENEMID	
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]				
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]				
clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ALDOMET	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				
losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	
losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]				
fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab	1	Preferred	MONOPRIL	
lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZESTRIL	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]				
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NORVASC	
<i>diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	PROCARDIA XL	
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	CALAN	
<i>verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er</i>	1	Preferred	CALAN SR	
<i>diltiazem hcl er beads 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr, 360 mg er 24 hr</i>	2	Preferred	TIAZAC	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	PROCARDIA XL	
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]				
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	Preferred	DIAMOX	
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	TOPROL XL	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Non-Preferred	TOPROL XL	
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]				
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Non-Preferred	BUMEX	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Non-Preferred	INDERAL	
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]				
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ALDACTONE	
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	Preferred	MAXZIDE	
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]				
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	DIURIL	
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Non-Preferred	HYGROTON	
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LOZOL	
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Non-Preferred	ZAROXOLYN	
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	HYGROTON	
<i>metolazone 10 mg tab</i>	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	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>	1	Preferred	COREG	
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	
<i>minoxidil 10 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LONITEN	
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]				
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]				
<i>sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMITREX	QL= 6 tab
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]				
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	6	Non-Preferred	MESTINON	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]				
Antituberculars [Antituberculosos]				
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifampin 150 mg cap</i>	1	Preferred	RIFADIN	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	
<i>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>			MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
CAPASTAT 1 gm inj				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]				
Antifungals [Antifungales]				
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DIFLUCAN	
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	1	Preferred	NIZORAL	
<i>nystatin 100000 unit/gm crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	Preferred	LAMISIL	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	2	Preferred	DIFLUCAN	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>		Preferred	SPORANOX	VIH/SIDA

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]				
<i>terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm</i>	2	Preferred	TERAZOL	
Antimalarials [Antimaláricos]				
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ARALEN	
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	Preferred	PLAQUENIL	
DARAPRIM 25 mg tab	19	Non-Preferred		PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalarácicos]				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Non-Preferred		PA
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]				
Anthelmintics [Antihelmínticos]				
PIN-X 720.5 mg chew tab	1	Preferred		OTC
REESES PINWORM MEDICINE 144 mg/ml Susp	1	Preferred		OTC
BILTRICIDE 600 mg tab	7	Non-Preferred		PA
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	1	Preferred	STROMEKTOL	
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	TINDAMAX	
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	COGENTIN	
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]				
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	SYMMETREL	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<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>	1	Preferred	MIRAPEX	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	REQUIP	
<i>ropinirole hcl 2 mg tab</i>	2	Preferred	REQUIP	
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab</i>	4	Non-Preferred	STALEVO	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	5	Non-Preferred	STALEVO	
Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]				
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	1	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	2	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	Preferred	SINEMET CR	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Non-Preferred	CARBEX	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]				
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza]				
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap, 6 mg/ml susp</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA
Anti-hepatitis B (hbv) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]				
<i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	3	Preferred	BARACLUDE	PA
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]				
MAVYRET 100-40 mg tab	24	Preferred		PA
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	PA
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	Cubierto para las clínicas de CLETS
<i>valacyclovir 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	Preferred	VALTREX	
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]				
EPZICOM 600-300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
ATRIPLA 600-200-300 mg tab				

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]				
ISENTRESS potassium 400 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]				
SELZENTRY 300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
FUZEON subcutaneous kit 90 mg				
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]				
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	1	Preferred	VIRAMUNE	
<i>nevirapine 50 mg/5ml susp</i>	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Non-Preferred		
SUSTIVA 50 mg cap, 200 mg cap	6	Preferred		C
<i>nevirapine er, 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr</i>	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 600 mg tab	7	Preferred		C
INTELENCE 200 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa]				
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	2	Non-Preferred	RETROVIR	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	Preferred	ZERIT	
<i>didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr</i>	4	Non-Preferred	VIDEX	
<i>lamivudine 10 mg/ml soln</i>	5	Preferred	EPIVIR	
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	4	Preferred	EPIVIR	
<i>zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr</i>	4	Non-Preferred	RETROVIR	
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	5	Preferred	ZIAGEN	
<i>didanosine 400 mg cap dr</i>	5	Non-Preferred	VIDEX	
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	5	Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Non-Preferred		
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	6	Preferred	COMBIVIR	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
EMTRIVA 200 mg cap				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE INMUNOLOGÍA
VIREAD 300 mg tab				
TRUVADA 200-300 mg tab				
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]				
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]				
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROSCAR	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	Preferred	FLOMAX	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]				
Anticoagulants [Anticoagulantes]				
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	COUMADIN	
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	2	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	8	Preferred	HEPARIN	
Cobalamins [Cobalaminas]				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]				
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, C
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	15	Preferred		PA, C
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA, C
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	9	Preferred		PA, C
NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr	9	Preferred		PA, C
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	9	Preferred		PA, C
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln,	9	Preferred		PA, C
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, C
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	7	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, C

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.3ml inj soln, 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, C
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, C
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	10	Preferred		PA, C
RETACRIT 2000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
RETACRIT 3000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
RETACRIT 4000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
RETACRIT 10000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
RETACRIT 40000 unit/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]				
ELIQUIS 2.5 mg tab	4	Preferred		PA, C
ELIQUIS 5 mg tab	4	Preferred		PA, C
Folates [Folatos]				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Iron [Hierro]				
<i>ferrous sulfate 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	OTC
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]				
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml sc soln, 40 mg/0.4ml sc soln</i>	5	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 300 mg/3ml inj soln, 60 mg/0.6ml sc soln, 80 mg/0.8ml sc soln</i>	7	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml sc soln</i>	9	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 120 mg/0.8ml sc soln</i>	10	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 150 mg/ml sc soln</i>	14	Non-Preferred	LOVENOX	PA
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas]				
<i>aspirin 325 mg tab, 325 mg tab dr, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>aspirin low dose 81 mg tab, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	PLETAL	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	Preferred	PLAVIX	
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]				
Bisphosphonates [Bifosfonatos]				
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	1	Preferred	FOSAMAX	

SALUD FISICA

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

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]				
<i>digox 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
<i>digoxin 0.05 mg/ml soln, 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]				
<i>ambrisentan 10 mg tab, 5 mg tab</i>	12	Preferred	LETAIRIS	PA
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	Preferred	REVATIO	PA
ADEMPAS 0.5 mg tab	15	Preferred		PA, C
ADEMPAS 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab	18	Preferred		PA, C
ADEMPAS 2.5 mg tab	20	Preferred		PA, C
VENTAVIS 10 mcg/ml inh soln, 20 mcg/ml inh soln	25	Preferred		PA
Vasodilators [Vasodilatadores]				
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>nitroglycerin 0.2 mg/hr td patch 24hr</i>	1	Preferred	NITRODUR	
NITROSTAT 0.3 mg tab subl, 0.4 mg tab subl, 0.6 mg tab subl	1	Preferred		

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr</i>	2	Non-Preferred	NITRODUR	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]				
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]				
<i>dalfampridine 10 tablet 12hr</i>	5	Preferred		PA
<i>glatiramer 20 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe</i>	15	Preferred		PA
<i>glatiramer 40 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe</i>	11	Preferred		PA
AVONEX 30 mcg im kit	13	Preferred		PA, C
AVONEX PEN 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
AVONEX PREFILLED 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
GILENYA 0.5 mg cap, 0.25 mg cap	15	Preferred		PA, C
TYSABRI intravenous concentrate 300 mg/15ml	15	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120 mg cap dr	14	Preferred		PA, C
TECFIDERA 240 mg cap dr	14	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120-240 MG misc	14	Preferred		PA, C
BETASERON 0.3 mg sc kit	13	Preferred		PA, C

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
OCREVUS 300 mg/10 ml IV	15	Preferred		PA, C
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]				
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]				
<i>lomustine 10 mg cap</i>	3	Non-Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred		
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	4	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>lomustine 40 mg cap</i>	5	Non-Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Non-Preferred		
<i>lomustine 100 mg cap</i>	6	Non-Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7	Non-Preferred		
<i>temozolomide 20 mg cap</i>	9	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 250 mg cap</i>	11	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 140 mg cap</i>	13	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	14	Non-Preferred	TEMODAR	PA
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]				
MVASI 100mg/4ml iv sol, 400mg/16ml iv sol	17	Preferred		Cubierto por la parte médica, C
STIVARGA 40 mg tab	15	Preferred		PA, C
Antiandrogens [Antiandrógenos]				
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	Preferred	CASODEX	
<i>flutamide 125 mg cap</i>	4	Non-Preferred	EULEXIN	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>abiraterone 250 mg tab</i>	14	Preferred		PA
Antiestrogens [Antiestrógenos]				
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	NOLVADEX	
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]				
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		
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	Non-Preferred	XELODA	PA
<i>capecitabine 500 mg tab</i>	11	Non-Preferred	XELODA	PA
<i>methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 1gm/40ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 250mg/10ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 250mg/10ml inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 1g recon inj soln</i>	1	Preferred	METHOTREXATE	
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores de Enzimas]				
IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap	25	Preferred		PA, C

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
IBRANCE 75 mg tab, 100 mg tab, 125 mg tab	25	Preferred		PA, C
<i>imatinib 100 mg tab</i>	18	Preferred	GLEEVEC	PA
AFINITOR 2.5 mg tab	25	Preferred		PA, C
NEXAVAR 200 mg tab	25	Preferred		PA, C
AFINITOR 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	23	Preferred		PA, C
AFINITOR DISPERZ 2 mg oral tab, 3 mg oral tab, 5 mg oral tab		Preferred		PA, C
<i>imatinib 400 mg tab</i>	25	Preferred	GLEEVEC	PA
SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	25	Preferred		PA, C
Apetite Stimulants [Estimulantes de Apetito]				
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	Preferred	MEGACE	
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa]				
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	Preferred	ARIMIDEX	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]				
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH]				
ELIGARD 7.5 mg kit, 22.5 mg kit, 30 mg kit, 45 mg kit	4	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 45 mg im kit	6	Preferred		PA, C

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 7.5 mg im kit	6	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	11	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	6	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg (ped) im kit	11	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 30 mg (ped) im kit	11	Preferred		PA, C
leuprolide acetate 1 mg/ 0.2 ml inj kit	7	Non-preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	7	Non-preferred		PA
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]				
FIRMAGON 80 mg SC, 120 mg SC	5	Preferred		PA, C
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
KANJINTI 150 mg v sol, 420 mg iv sol	21	Preferred		Cubierto por la parte médica, C
REVLIMID 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap		Non-Preferred		PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]				
<i>etoposide 50 mg cap</i>	4	Non-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	
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]				
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	PERIDEX	
Xerostomia [Xerostomía]				
<i>pilocarpine 5 mg tab</i>	3	Preferred	SALAGEN	
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]				
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné]				
<i>sulfacetamide sodium-sulfur 10-5 % external emulsion</i>	1	Preferred	SULFACET R	
<i>clindamycin phosphate 1 % soln</i>	2	Preferred	CLEOCIN T	
<i>erythromycin 2 % gel, 2 % soln</i>	2	Preferred	ERYGEL	
Acne Products [Productos para el Acné]				
<i>tretinoin 0.05 % crm,</i>	2	Preferred	RETIN A	AL < 21 años
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	6	Preferred	ZENATANE, MYORISAN, CLARAVIS	
Antihistamines [Antihistamínicos]				
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ATARAX	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Antipsoriatics [Antipsoriáticos]				
<i>methoxsalen 10 m cap</i>		Preferred	Oxsoralen	
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]				
<i>selenium sulfide 2.5 % lot</i>	1	Preferred	SELSUN	
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos]				
TALTZ 80 mg/ml SubQ Auto-injector, 80 mg/ml SubQ Prefilled Syringe	10	Preferred		PA, C
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	Non-Preferred	EFUDEX	
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia]				
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm</i>	3	Non-Preferred	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % oint</i>	4	Non-Preferred	DIPROLENE	
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia]				
<i>mometasone furoate 0.1 % oint, 0.1% crm, 0.1% soln</i>	1	Preferred	ELOCON	
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia]				
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % crm, 0.1 % oint, 0.5 % crm, 0.5 % oint</i>	1	Preferred	KENALOG	
<i>betamethasone valerate 0.1 % crm, 0.1 % lot, 0.1 % oint</i>	1	Preferred	DIPROLENE	

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

SALUD FISICA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Non-Preferred	PRAVACHOL	
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PRAVACHOL	
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES]				
Antispasmodics [Antiespasmódicos]				
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	1	Preferred	BENTYL	
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	BENTYL	
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]				
CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt	3	Preferred		C
CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt	5	Preferred		C

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA
<i>ursodiol 250 mg tab</i>	3	Preferred	URSO 250	PA
<i>ursodiol 500 mg tab</i>	4	Preferred	URSO Forte	PA
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc</i>	6	Non-Preferred	GASTROCROM	PA
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]				
<i>hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm</i>	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]				
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]				
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato]				
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	4	Preferred	REVELA	PA
<i>sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt</i>	7	Preferred	REVELA	PA
<i>calcium acetate 667 mg cap.</i>	3	Non-Preferred	PHOSLO	
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios]				
<i>ur n-c 81.6 mg tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
URETRON D/S tab	1	Preferred		
URIMAR-T 120 mg tab	1	Preferred		

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>urin ds tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]				
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DITROPAN	
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]				
Antihemophilic Products [Productos Antihemofílicos]				
ADVATE 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln, 3000 unit iv soln, 4000 unit iv soln	25	Preferred		PA, C
ALPHANATE/VWF COMPLEX/HUMAN 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln	25	Non-Preferred		PA
KOGENATE FS 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
KOGENATE FS BIO-SET 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
BENEFIX 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
ELOCTATE 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 750 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 1500 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 4000 unit intravenous kit, 5000 unit intravenous kit, 6000 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
SOLIRIS 300 mg/30ml iv soln	25	Preferred		PA, C
ULTOMIRIS 300 mg/30ml iv soln	25	Preferred		PA, C
Hemostatics [Hemostáticos]				
<i>tranexamic acid</i> 650 mg tab, 1000 mg/ ml	4	Non-	LYSTEDA	PA
AMICAR 500 mg tab, 0.25 gm/ml oral soln	5	Non-		PA
AMICAR 0.25 gm/ml oral soln	8	Non-		PA
<i>tranexamic acid</i> 100 mg/ml IV soln		Non-	CYKLOKAPRON	PA

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]				
Androgens [Andrógenos]				
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln</i>	2	Preferred	DEPO-TESTOSTERONE	
<i>danazol 50 mg cap, 100 mg cap</i>	5	Preferred	DANOCRINE	
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]				
<i>methimazole 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	TAPAZOLE	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
Calcimimetics [Calcimiméticos]				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, C
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, C
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA, C
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina]				
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	3	Preferred	DOSTINEX	
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]				
<i>medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROVERA	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	Preferred	ARANELLE	PA
CRYSSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
<i>medroxyprogesterone acetate 150mg/ml susp</i>	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Estrogens [Estrógenos]				
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	ESTRACE	
<i>estropipate 0.75 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	ESTROPIPATE	
<i>estropipate 3 mg tab</i>	2	Preferred	ESTROPIPATE	
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]				
<i>estradiol-norethindrone acet 1-0.5 mg tab</i>	4	Non-Preferred	ACTIVELLA	
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento]				
GENOTROPIN 5mg SC, 12 mg SC, 0.2 mg MiniQuick SC, 0.4 mg MiniQuick SC, 0.6 mg MiniQuick SC, .0.8 mg MiniQuick SC, 1 mg MiniQuick SC, 1.2 mg MiniQuick SC, 1.4 mg MiniQuick SC, 1.6 mg MiniQuick SC, 1.8 mg MiniQuick SC, 2 mg MiniQuick SC	6	Preferred		PA, C
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
Prostaglandins [Prostaglandinas]				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]				
<i>octreotide acetate 50 mcg/ml inj soln</i>	3	Preferred	SANDOSTATIN	PA

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml inj soln, 1000 mcg/5ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln</i>	6	Preferred	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate 1000 mcg/ml inj soln</i>	8	Preferred	SANDOSTATIN	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 mg im kit	11	Non-Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 30 mg im kit	14	Non-Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 20 mg im kit	16	Non-Preferred		PA
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>	1	Preferred	SYNTHROID	
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		C
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]				
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln</i>	2	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	3	Non-Preferred	DDAVP	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>desmopressin ace rhinal tube 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Non-Preferred		
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]				
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA, C
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA, C
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA, C
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc, 10 mg/0.1ml sc, 20 mg/0.2ml sc, 40 mg/0.4ml sc, 80 mg/0.8ml sc, 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA, C
RENFLEXIS 100 mg iv soln	10	Preferred		PA, C

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
INFLECTRA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA, C
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>	1	Preferred	DECADRON	
<i>dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DECADRON	OB-GYN
KENALOG 10 mg/ml inj susp	1	Preferred		
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<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	

SALUD FISICA

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

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
MYFORTIC 360 mg tab dr	6	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp	8	Preferred	CELLCEPT	aPA
NEORAL 100 mg/ml soln	8	Preferred		aPA, C
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	11	Non-Preferred		aPA
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]				
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]				
<i>mesalamine</i> rectal enema 4 gm	4	Preferred	ROWASA	
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		C
<i>mesalamine</i> tab dr 800 mg	6	Preferred	ASACOL	
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA, C
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA, C
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA, C
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/0.2 ml sc kit, 10mg/0.1ml sc, 20 mg/0.4ml sc kit, 20mg/0.2 ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc kit,	9	Preferred		PA, C

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 40 mg/0.8ml sc kit, 80mg/0.8ml sc kit, 80mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN 40 mg/0.8ml sc kit, 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	9	Preferred		PA, C
RENFLEXIS 100 mg iv soln	10	Preferred		PA, C
INFLECTRA 100 mg iv soln	10	Preferred		PA, C
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]				
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema</i>	2	Preferred	COLOCORT	
Sulfonamides [Sulfonamidas]				
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	AZULFIDINE	
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]				
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]				
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	1	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	Preferred	ROCALTROL	
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]				
<i>levocarnitine 1 gm/10ml soln, 330 mg tab</i>	3	Preferred	CARNITOR	

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Chelating Agents [Agentes Quelantes]				
<i>DEPEN TITRATABS 250 mg tab</i>	25	Preferred		PA
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]				
<i>potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln</i>	1	Preferred	KAY-CIEL	
<i>potassium chloride crys er 10 meq tab er, 20 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er</i>	2	Preferred	MICRO-K	
<i>potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral solution</i>	4	Preferred	KAON CL	
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]				
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]				
<i>classic prenatal 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal formula 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal plus iron 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATABS	OB-GYN

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
Vitamin K [Vitamina K]				
MEPHYTOIN 5 mg tab	6	Non-Preferred		
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LIORESAL	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	Preferred	DANTRIUM	
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	3	Preferred	DANTRIUM	
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]				
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasaes]				
<i>ipratropium bromide 0.03 % nasal soln</i>	2	Non-Preferred	ATROVENT	
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasaes de Mastocitos]				
<i>cromolyn sodium 5.2 mg/act nasal aerosol sol</i>	1	Preferred	NASALCROM	
Nasal Steroids [Esteroides Nasaes]				
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp</i>	1	Preferred	FLONASE	QL = 1 pompa / 30 días
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]				
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	Preferred	ALPHAGAN	
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	1	Preferred	TRUSOPT	

SALUD FISICA

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

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	TOBREX	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth oint</i>	3	Non-Preferred	BACITRACIN	
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]				
<i>trifluridine 1 % ophth soln</i>	4	Non-Preferred	VIROPTIC	PA
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]				
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	1	Preferred	MAXITROL	
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	2	Preferred	PRED FORTE	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % ophth soln</i>	2	Preferred	INFLAMASE	
<i>fluorometholone 0.1 % ophth susp</i>	3	Preferred	FML LIQUIFILM	
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]				
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	
<i>cipro hc 0.2-1 % otic susp</i>	1	Preferred		
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]				
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Preferred	ATROVENT	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
INCRUSE ELIPTA 62.5 mcg/inh inh aer pwr	4	Preferred		PA, C
Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración]				
ANORO ELLIPTA 62.5-25 mcg/inh inh	4	Preferred		PA, C
Antileukotrienes [Antileukotrienos]				
montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew	1	Preferred	SINGULAIR	
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]				
benzonatate 100 mg cap	1	Preferred	TESSALON	
guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln	1	Preferred	CHERATUSSIN	
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]				
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im soln	9	Preferred		PA, C
SYNAGIS 100 mg/ml im soln	11	Preferred		PA, C
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwr, 250 mcg/blist inh aer pwr, 50 mcg/blist inh aer pwr	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/dose inh aer pwr, 250-50 mcg/dose inh aer pwr, 500-50 mcg/dose inh aer pwr	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Wixela Inhub 100-50 mcg/dose inh aer pwr, 250-50 mcg/dose inh aer pwr, 500-50 mcg/dose inh aer pwr	5	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, ST
ADVAIR HFA 115-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp</i>	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	8	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, C
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies]				
FASENRA subq soln 30 mg/mL prefilled syringe, 30 mg/mL auto injector	12	Preferred		PA, C
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]				
<i>cetirizine HCl oral soln 1 MG/ML (5 MG/5ML)</i>	1	Preferred	ZYRTEC	OTC
<i>loratadine 5 mg/5ml soln, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
<i>loratadine 10 mg tab</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]				
<i>theophylline er 100 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr, 300 mg tab er 12 hr, 450 mg tab er 12 hr</i>	1	Preferred	THEO-DUR	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer</i>	3	Preferred	ALBUTEROL	QL = 1 pompa / 30 días Límite de repeticiones =2
<i>albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 días Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones =1 Límite de edad =0-3
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 mcg/inh inh aer pwdr br act	5	Preferred		PA, C
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]				
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]				
ENBREL 25 mg sc soln	9	Preferred		PA, C
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	9	Preferred		PA, C

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	9	Preferred		PA, C
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	9	Preferred		PA, C
ORENCIA 125 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe, 125 mg/ml ClickJect sc sol Autoinjector, 87.5 mg/0.7ml subcutaneous solution prefilled syringe, 50 mg/0.4ml subcutaneous solution prefilled syringe	10	Preferred		PA, C
HUMIRA 10 mg/0.2ml sc kit, 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit, 40 mg/0.4ml sc, 10 mg/0.1ml sc, 20 mg/0.2ml sc, 40 mg/0.4ml sc, 80 mg/0.8ml sc, 80 mg/0.8ml & 40mg/0.4ml sc kit	9	Preferred		PA, C
RENFLEXIS 100 mg iv soln	13	Preferred		PA, C
INFLECTRA 100 mg iv soln	9	Preferred		PA, C
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos]				
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	

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

SALUD FISICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	4	Non-Preferred	ARAVA	PA
<i>DEPEN TITRATABS 250 mg tab</i>	25	Preferred		PA

SALUD FISICA

A

abacavir sulfate	42
abacavir-lamivudine-zidovudine	42
abiraterone	51
acarbose	28
acetaminophen-codeine	19
acetazolamide	34
acetic acid	72
acitretin	56
ACTIMMUNE	53
acyclovir	40
ADEMPAS	48
ADVAIR HFA	74
ADVATE	59
AFINITOR	52
AFINITOR DISPERZ	52
albuterol HFA	75
albuterol sulfate	75
albuterol sulfate syrup	75
alendronate sodium	46
ALKERAN	50
allopurinol	31
alyacen 1/35	61
amantadine hcl	38, 39
ambrisentan	48
AMICAR	60
amiodarone hcl	47
amitriptyline hcl	28
amlodipine besylate	33
amoxicillin	23
amoxicillin-pot clavulanate	23
ampicillin	23
anastrozole	52
ANORO ELLIPTA	73
ARANESP (ALBUMIN FREE)	44, 45
aspirin	46
aspirin low dose	46
atenolol	34
atenolol-chlorthalidone	34
atorvastatin calcium	57
ATRIPLA	40
atropine sulfate	71
AVONEX	49
AVONEX PEN	49
AVONEX PREFILLED	49
AZASAN	66
azathioprine	66
azithromycin	21

B

bacitracin	72
baclofen	70
BAQSIMI	29
BENEFIX	60

benzonatate	73
benztropine mesylate	38
betamethasone dipropionate aug	55
betamethasone sod phos & acet	66
betamethasone valerate	55
BETASERON	49
betaxolol hcl	71
bicalutamide	50
BICILLIN L-A	23, 24
BILTRICIDE	38
brimonidine tartrate	70
bromocriptine mesylate	39, 61
budesonide	74
bumetanide	34

C

cabergoline	61
calcipotriene	56
calcitriol	68
calcium acetate	58
CAPASTAT	37
capecitabine	51
CARAFATE	57
carbamazepine	25, 27
carbamazepine er	27
carbidopa-levodopa	39
carbidopa-levodopa er	39
carbidopa-levodopa-entacapone	39
carvedilol	36
cefaclor	24
cefadroxil	21
cefdinir	25
cefprozil	24
ceftriaxone	25
cephalexin	21
Cetirizine HCl	74
childrens loratadine	74
chlorhexidine gluconate	54
chloroquine phosphate	38
chlorothiazide	35
chlorthalidone	35
cholestyramine	56
cholestyramine light	56
cilostazol	46
cimetidine hcl	58
cipro hc	72
ciprofloxacin	24
ciprofloxacin hcl	24, 71
clarithromycin	22
classic prenatal	69
clindamycin hcl	22
clindamycin phosphate	25, 54
clonazepam	20, 25
clonidine hcl	32
clopidogrel bisulfate	46
clotrimazole	54, 56

SALUD FISICA

<i>colchicine</i>	32	<i>EPIVIR</i>	42
<i>COLCRYS</i>	32	<i>EPZICOM</i>	40
<i>cortisone acetate</i>	66	<i>ergoloid mesylates</i>	27
<i>CREON</i>	57	<i>ERYTHROCIN STEARATE</i>	22
<i>cromolyn sodium</i>	58, 70	<i>erythromycin</i>	54
<i>CRYSELLE-28</i>	61	<i>erythromycin base</i>	22
<i>CUPRIMINE</i>	69, 77	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	22
<i>cyanocobalamin</i>	43	<i>estradiol</i>	62
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	70	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	62
<i>cycloserine</i>	37	<i>estropiate</i>	62
<i>cyclosporine</i>	66, 67	<i>ethambutol hcl</i>	37
<i>cyclosporine modified</i>	66	<i>ethosuximide</i>	27
		<i>etoposide</i>	54
D			
<i>dalfampridine</i>	49		
<i>dantrolene sodium</i>	70		
<i>dapsone</i>	37		
<i>DARAPRIM</i>	38		
<i>DELZICOL</i>	67		
<i>DEPEN TITRATABS</i>	69		
<i>desmopressin ace rhinal tube</i>	64		
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	64		
<i>desmopressin acetate</i>	63, 64		
<i>desmopressin acetate spray</i>	64		
<i>dexamethasone</i>	65		
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	65		
<i>diazepam</i>	20		
<i>diclofenac sodium</i>	71		
<i>dicyclomine hcl</i>	57		
<i>didanosine</i>	42		
<i>digox</i>	48		
<i>digoxin</i>	48		
<i>DILANTIN</i>	26		
<i>diltiazem hcl er</i>	33		
<i>diltiazem hcl er beads</i>	33		
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	33, 34		
<i>dilt-xr</i>	33		
<i>DIURIL</i>	35		
<i>divalproex sodium</i>	25, 36		
<i>donepezil hcl</i>	27		
<i>dorzolamide hcl</i>	70		
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	71		
<i>doxepin hcl</i>	28		
<i>doxycycline hyclate</i>	25		
<i>doxycycline monohydrate</i>	24		
<i>duloxetine</i>	28		
E			
<i>ELIGARD</i>	52		
<i>ELIQUIS</i>	45		
<i>ELOCTATE</i>	60		
<i>EMTRIVA</i>	42		
<i>ENBREL</i>	64, 67, 75		
<i>ENBREL MINI</i>	64, 67, 76		
<i>ENBREL SURECLICK</i>	64, 67, 76		
<i>enoxaparin sodium</i>	46		
<i>entecavir</i>	40		
		F	
		<i>famotidine</i>	58
		<i>FASENRA</i>	74
		<i>fentanyl</i>	18
		<i>ferrous sulfate</i>	46
		<i>finasteride</i>	42
		<i>FIRMAGON</i>	53
		<i>flecainide acetate</i>	47
		<i>FLOVENT DISKUS</i>	73
		<i>FLOVENT HFA</i>	73, 74
		<i>fluconazole</i>	37
		<i>fludrocortisone acetate</i>	62
		<i>fluorometholone</i>	72
		<i>fluorouracil</i>	55
		<i>flurazepam hcl</i>	21
		<i>flutamide</i>	50
		<i>fluticasone propionate</i>	70
		<i>fluticasone-salmeterol</i>	73
		<i>folic acid</i>	45
		<i>fosinopril sodium</i>	32
		<i>furosemide</i>	35
		<i>FUZEON</i>	41
		G	
		<i>gabapentin</i>	25, 26
		<i>gemfibrozil</i>	57
		<i>GENOTROPIN</i>	62
		<i>gentamicin sulfate</i>	71
		<i>GILENYA</i>	49
		<i>glatiramer</i>	49
		<i>glimepiride</i>	30
		<i>glipizide</i>	30
		<i>GLUCAGON EMERGENCY</i>	29
		<i>guaifenesin-codeine</i>	73
		H	
		<i>heparin sodium (porcine)</i>	43
		<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	43
		<i>HUMALOG</i>	30
		<i>HUMALOG MIX 50/50</i>	29
		<i>HUMALOG MIX 75/25</i>	29
		<i>HUMIRA</i>	64, 67, 76

SALUD FISICA

HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	68		
HUMIRA PEN	68		
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER	68		
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER	68		
HUMULIN 70/30	29		
HUMULIN N	29		
HUMULIN R	30		
hydralazine hcl	36		
hydrochlorothiazide	35		
hydrocodone-acetaminophen	19		
hydrocortisone	56, 65, 68		
hydrocortisone ace-pramoxine	58		
hydromorphone	19, 20		
hydroxychloroquine sulfate	38		
hydroxyurea	51		
hydroxyzine hcl	54		
hydroxyzine pamoate	21		
I			
IBRANCE	51, 52		
ibuprofen	18		
imatinib	52		
imipramine hcl	28		
imiquimod	56		
INCRUSE ELIPTA	73		
indapamide	35		
indomethacin	18		
INFED	46		
INFLECTRA	65, 68, 76		
insulin syringe/needle	31		
INTELENCE	41		
ipratropium bromide	70, 72		
ISENTRESS	41		
isoniazid	36, 37		
isosorbide mononitrate	48		
isosorbide mononitrate er	48		
isotretinoin	54		
itraconazole	37		
ivermectin	38		
J			
JARDIANCE	30		
JENTADUETO	29		
JENTADUETO XR	29		
K			
KANJINTI	53		
KENALOG	65, 66		
ketoconazole	37		
ketorolac tromethamine	71		
KOGENATE FS	59		
KOGENATE FS BIO-SET	59		
L			
		lamivudine	42
		lamivudine-zidovudine	42
		lamotrigine	25
		lamotrigine chew tab	25
		LANTUS	30
		LANTUS SOLOSTAR	30
		latanoprost	72
		leflunomide	77
		leucovorin calcium	52
		LEUKERAN	50
		leuprolide acetate	53
		levetiracetam	26
		levetiracetam er 24 hrs	26
		levobunolol hcl	71
		levocarnitine	68
		levofloxacin	24
		levothyroxine sodium	63
		lidocaine viscous	20
		lindane	56
		lisinopril	32
		lisinopril-hydrochlorothiazide	33
		lomustine	50
		loratadine	74
		lorazepam	21
		losartan potassium	32
		losartan potassium-hctz	32
		LOW-OGESTREL	61
		LUPRON DEPOT	52, 53
		LUPRON DEPOT-PED	53
M			
		MACRODANTIN	22
		MATULANE	53
		MAVYRET	40
		MEDROL	65
		medroxyprogesterone acetate	61
		megestrol acetate	52
		meloxicam	18
		meperidine hcl	19, 20
		MEPHYTON	70
		mercaptopurine	51
		mesalamine	67
		mesalamine tab dr	67
		MESTINON	36
		metformin hcl	28
		metformin hcl er	28
		methadone	19
		METHADONE	19
		methimazole	61
		methotrexate	51, 76
		methoxsalen	55
		methyllopa	32
		methylprednisolone	65
		methylprednisolone (pak)	65
		metoclopramide hcl	31
		metolazone	35

SALUD FISICA

<i>metoprolol succinate er</i>	34	P	
<i>metoprolol tartrate</i>	34		
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	34	<i>penicillin g procaine</i>	23
<i>metronidazole</i>	22, 25, 56	<i>penicillin v potassium</i>	23
<i>mexiletine hcl</i>	47	<i>pentoxifylline er</i>	47
<i>midazolam hcl</i>	21	<i>permethrin</i>	56
<i>minocycline hcl</i>	24	<i>phenazopyridine hcl</i>	58
<i>minoxidil</i>	36	<i>phenobarbital</i>	26, 27
<i>misoprostol</i>	57, 62	<i>phenytoin</i>	26
<i>mometasone furoate</i>	55	<i>phenytoin sodium extended</i>	26
<i>montelukast sodium</i>	73	<i>pilocarpine</i>	54
<i>morphine sulfate</i>	19, 20	<i>pilocarpine hcl</i>	71
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	20	<i>PIN-X</i>	38
<i>morphine sulfate er</i>	18, 19	<i>pioglitazone hcl</i>	29
<i>mupirocin</i>	56	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	71
<i>MVASI</i>	50	<i>potassium chloride</i>	69
<i>mycophenolate mofetil</i>	66	<i>potassium chloride crys er</i>	69
<i>mycophenolate sodium</i>	66	<i>potassium chloride er</i>	69
<i>MYFORTIC</i>	66, 67	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	39
<i>MYLERAN</i>	50	<i>pravastatin sodium</i>	57
N		<i>prednisolone</i>	65
<i>nabumetone</i>	18	<i>prednisolone acetate</i>	72
<i>NAMENDA</i>	27	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	72
<i>naproxen</i>	18	<i>prednisone</i>	65
<i>naproxen dr</i>	18	<i>prednisone (pak)</i>	65
<i>NEBUPENT</i>	38	<i>prenatal</i>	69
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>	72	<i>prenatal 19</i>	69
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	72	<i>prenatal formula</i>	69
<i>NEORAL</i>	66, 67	<i>prenatal low iron</i>	69
<i>NEULASTA</i>	43, 44	<i>prenatal plus iron</i>	69
<i>NEUPOGEN</i>	43, 44	<i>prenatal vitamins</i>	70
<i>nevirapine</i>	41	<i>primidone</i>	26
<i>nevirapine er</i>	41	<i>probenecid</i>	32
<i>NEXAVAR</i>	52	<i>prochlorperazine</i>	31
<i>nifedipine er osmotic</i>	33, 34	<i>prochlorperazine edisylate</i>	31
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	22	<i>prochlorperazine maleate</i>	31
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	22	<i>PROCRIT</i>	44, 45
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	22	<i>promethazine hcl</i>	31
<i>nitroglycerin</i>	48, 49	<i>propafenone hcl</i>	47
<i>NITROSTAT</i>	48	<i>propranolol hcl</i>	35, 47
<i>NIVESTYM</i>	44	<i>propylthiouracil</i>	61
<i>nortriptyline hcl</i>	28	<i>pyrazinamide</i>	37
<i>nystatin</i>	37, 54, 55, 56	<i>pyridostigmine</i>	36
		<i>pyridostigmine bromide</i>	36
O		Q	
<i>OCREVUS</i>	50	<i>quinidine gluconate er</i>	47
<i>octreotide acetate</i>	62, 63	<i>quinidine sulfate</i>	47
<i>ofloxacin</i>	71	<i>quinidine sulfate er</i>	47
<i>omeprazole</i>	58	R	
<i>ondansetron</i>	31	<i>RAPAMUNE</i>	67
<i>ondansetron hcl</i>	31	<i>REESES PINWORM MEDICINE</i>	38
<i>ORENCIA</i>	76	<i>RENFLEXIS</i>	64, 68, 76
<i>oseltamivir phosphate</i>	40	<i>RESCRIPTOR</i>	41
<i>oxcarbazepine</i>	26, 27	<i>RETACRIT</i>	45
<i>oxybutynin chloride</i>	59	<i>REVLIMID</i>	53
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	20		

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?

 **ASES**
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

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