



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



SALUD FÍSICA

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

A B ▲ R C A

First **MEDICAL**
HEALTH PLAN, INC.

MMM
multihhealth

PLAN DE SALUD
MENONITA

TRIPLE-S SALUD
What's Your Health? at Puerto Rico



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO

17 de septiembre de 2025

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

Estimado proveedor:

A continuación, se presentan los Listados de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) del Plan de Salud Vital. Estos incluyen los formularios principales de Salud Física y Salud Mental, así como los subformularios correspondientes a las siguientes áreas: Dental, Nefrología, Obstetricia y Ginecología (OB-Gyn), Oncología, Sala de Emergencias, VIH/SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

Estos formularios y subformularios respaldan el modelo de cuidado médico integrado que actualmente rige el Plan Vital.

- El **PDL de Salud Física** será utilizado por los médicos de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), especialistas y subespecialistas. Este formulario también podrá ser utilizado por médicos en colocación inversa dentro de las facilidades de salud mental, si el beneficiario tiene una condición mental severa (SMI, por sus siglas en inglés) y está debidamente registrado.
- El **Subformulario de Salud Física** será utilizado por médicos de la Red de Salud Mental.
- El **PDL de Salud Mental** será utilizado por los psiquiatras contratados, así como por los médicos que laboran en facilidades de tratamiento de condiciones de salud mental.
- El **Subformulario de Salud Mental (Sub Mental)** será utilizado por médicos primarios participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos incluidos en estos formularios 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, subespecialistas y farmacéuticos, todos ellos profesionales activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en criterios clínicos. Cabe señalar que estos formularios son documentos dinámicos y están sujetos a cambios periódicos, los cuales se notifican mediante la emisión de Cartas Normativas.

Los formularios estarán actualizados en la página de ASES, bajo Proveedores, en el siguiente enlace:
<https://www.ases.pr.gov/proveedores?tab=Farmacia&categoria=Formularios+de+Medicamentos#Farmacia>

Cordialmente,

Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, JD, L.L.M., MSHA, FACHE, CHC
Director Ejecutivo

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

1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

2. Proceso de Excepción

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

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

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

3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

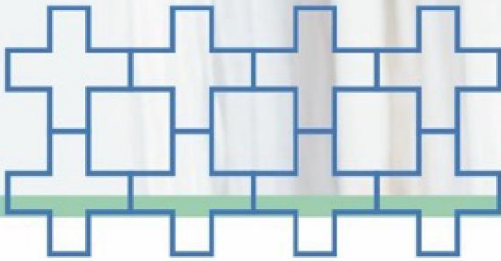
Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la aseguradora o con el administrador del beneficio de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) contratado por ASES.



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



SALUD FÍSICA

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

A B ▲ R C A

First **MEDICAL**
HEALTH PLAN, INC.


MMM
multih^{ea}th

PLAN DE SALUD
MENONITA


TRIPLE-S SALUD
Blue Cross BlueShield of Puerto Rico

SALUD FISICA

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV

TABLA DE CONTENIDO

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]	18
ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS [AGENTES TERAPÉUTICOS EN CASO DE ANAFILAXIA]	19
Alpha- and Beta- Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa y Beta Adrenérgicos]	19
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]	19
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]	20
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS]	20
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]	20
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides]	20
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]	20
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]	20
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]	20
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]	20
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]	20
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]	20
Macrolides [Macrólidos]	21
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]	21
Quinolones [Quinolonas]	22
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación]	22
Sulfonamides [Sulfonamidas]	22
Tetracyclines [Tetraciclinas]	22
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación]	22
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]	22
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]	22
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]	23

SALUD FISICA

ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]	24
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia]	24
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa]	24
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA]	24
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	24
Antidepressants [Antidepresivos]	24
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]	24
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa]	24
Biguanides [Biguanidas]	25
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4]	25
GLP-1 receptor agonist [Agonistas del receptor GLP-1]	25
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]	25
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]	25
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin]	25
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia]	25
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]	25
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]	26
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador Renal de Glucosa]	26
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]	26
Sulfonylureas [Sulfonilureas]	26
ANTI-OBESITY AGENTS [AGENTES ANTI-OBESIDAD]	26
Anti-Obesity - GLP-1 Receptor Agonists [Anti-Obesidad - Agonistas del receptor GLP-1]	26
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]	26
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]	27
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]	27
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3]	27
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]	27
Phenothiazines [Fenotiazinas]	27
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]	27
Antigout Agents [Agentes Antigota]	27
Uricosurics [Uricosúricos]	27
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]	27
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]	27
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]	27

SALUD FISICA

Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]	28
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]	28
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]	28
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]	29
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]	29
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]	29
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]	29
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]	29
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]	29
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]	29
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]	30
Vasodilators [Vasodilatadores]	30
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]	30
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]	30
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]	30
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]	30
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]	30
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]	30
Antituberculars [Antituberculosos]	30
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]	31
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]	31
Antifungals [Antifungales]	31
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]	32
Antimalarials [Antimaláricos]	32
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríricos]	32
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]	32
Anthelmintics [Antihelmínticos]	32
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	32
Anticholinergics [Anticolinérgicos]	32
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]	32
Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]	33
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]	33
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]	33
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Influenza]	33

SALUD FISICA

Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]	33
Anti-hepatitis B (hbv) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]	33
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)].....	33
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos].....	33
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]	33
Antivirals, Others - Drugs To Treat Viral Infections [Antivirales, Otros - Medicamentos Para Tratar Infecciones Virales]	33
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa].....	34
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]	34
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa].....	35
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa]	35
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]	35
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa].....	36
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos].....	36
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]	36
Anticoagulants [Anticoagulantes]	36
Cobalamins [Cobalaminas].....	36
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides].....	36
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]	36
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]	37
Folates [Folatos]	37
Iron [Hierro]	37
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]	37
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas].....	37
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]	37
Bisphosphonates [Bifosfonatos]	38
Metabolic Bone Disease Agents [Agentes Para La Enfermedad Metabólica Del Hueso]	38
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]	38
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]	38
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]	38
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	38
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	38
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]	38

SALUD FISICA

Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente]	38
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]	38
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]	38
Vasodilators [Vasodilatadores]	39
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]	39
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]	39
Amyotrophic Lateral Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Lateral Amiotrófica]	39
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]	39
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]	40
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]	40
Antiandrogens [Antiandrógenos]	40
Antiestrogens [Antiestrógenos]	40
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]	40
Antimetabolites [Antimetabolitos]	40
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos]	41
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores de Enzimas]	41
Apetite Stimulants [Estimulantes de Apetito]	41
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa]	42
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]	42
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH]	42
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]	42
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásticos Misceláneos]	42
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]	43
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]	43
Antifungals [Antifungales]	43
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]	43
Xerostomia [Xerostomía]	43
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]	43
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné]	43
Acne Products [Productos para el Acné]	43
Antihistamines [Antihistamínicos]	43
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]	43
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos]	43
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]	43

SALUD FISICA

Eczema Agents [Agentes para Eczema]	44
Topical Calcineurin Inhibitors [Inhibidores Tópicos de Calcineurina]	44
Atopic Dermatitis [Dermatitis Atópica]	44
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia]	44
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia]	44
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia]	44
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia]	44
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]	44
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]	44
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]	44
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos]	44
Warts [Verrugas]	45
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]	45
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Ácidos Biliares]	45
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]	45
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]	45
Dislipidémicos, Otros [Dyslipidemics, Other]	45
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]	45
Antispasmodics [Antiespasmódicos]	45
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]	45
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]	46
Histamine ₂ (H ₂) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H ₂]	46
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]	46
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]	46
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]	46
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]	46
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato]	46
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios]	46
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]	46
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]	46
Antihemophilic Products [Productos Antitrombóticos]	47
Bradykinin B ₂ Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de Bradiquinina 2]	47
Hemostatics [Hemostáticos]	47
Plasma Kallikrein Inhibitors [Inhibidor de calicreína plasmática]	48

SALUD FISICA

HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]	48
Androgens [Andrógenos]	48
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]	48
Calcimimetics [Calcimiméticos]	48
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina]	48
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]	48
Estrogens [Estrógenos]	48
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]	49
Progestins [Progestinas]	49
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento]	49
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]	49
Prostaglandins [Prostaglandinas]	49
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]	49
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]	50
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]	50
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]	50
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	50
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]	51
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]	51
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]	52
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]	52
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]	52
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]	52
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]	53
Sulfonamides [Sulfonamidas]	53
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]	53
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]	53
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]	53
Chelating Agents [Agentes Quelantes]	53
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]	53
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]	53
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]	53
Vitamin K [Vitamina K]	54
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]	54

SALUD FISICA

Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]	54
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]	54
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]	54
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]	54
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]	54
Nasal Steroids [Esteroides Nasales]	54
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]	54
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]	54
Miotics [Mióticos]	55
Mydriatics [Midriáticos]	55
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]	55
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]	55
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]	55
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]	55
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]	55
Ophthalmic Agents, Other [Agentes Oftálmicos, Otros]	55
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]	55
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]	55
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]	56
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]	56
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]	56
Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración]	56
Antileukotrienes [Antileukotrienos]	56
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]	56
Beta-2 Agonist Long Acting [Agonistas Beta-2 de Larga Duración]	56
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]	56
Cystic Fibrosis Agents [Agentes Para La Fibrosis Quística]	56
Pulmonary Fibrosis Agents [Agentes Para La Fibrosis Pulmonar]	56
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]	56
Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies]	57
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]	57
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]	58
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]	58

SALUD FISICA

RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]	58
Antirheumatic-Enzyme Inhibitors [Antireumáticos- Inhibidores de enzimas]	58
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]	58
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos].....	59
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]	59
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño].....	59
VACCINES [VACUNAS]	59
Vaccines [Vacunas]	59

SALUD FISICA

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

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]			
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]			
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]			
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]			
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	Preferred	MOTRIN	QL=15 días No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	Preferred	NAPROSYN	QL=15 días No refills
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	Preferred	MOBIC	QL=15 días No refills

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

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

SALUD FISICA

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]			
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]			
ANALGESICS [ANALGÉSICOS]			
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]			
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	Preferred	MOTRIN	QL = 15 días; No refills
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	NAPROSYN	QL = 15 días; No refills
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	Preferred	NAPROSYN	QL = 15 días; No refills
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	Preferred	CLINORIL	
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	Preferred	MOBIC	QL = 15 días; No refills
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración]			
<i>fentanyl 12 mcg/hr td patch 72 hr, 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	Preferred	DURAGESIC	
<i>fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Preferred	MORPHINE	
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	Preferred	MORPHINE	
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	Preferred	METHADONE	ASSMCA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/ 5ml</i>	Preferred	METHADONE	ASSMCA
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración]			
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL = 15 días; AL >18 años; No refills
<i>acetaminophen-codeine 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	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>	Preferred	NORCO	QL = 6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	Preferred	DILAUDID	QL = 6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	Preferred	DILAUDID	QL = 3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	Preferred	DEMEROL	QL = 1 vial para 30 días
<i>morphine sulfate 15 mg tab</i>	Preferred	MORPHINE	QL = 3 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>morphine sulfate 30 mg tab</i>	Preferred	MORPHINE	QL = 1 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	Preferred	PERCOCET	QL = 6 tab diarias para 7 días de suplido en 30 días
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	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>	Preferred	DEMEROL	QL = 1 vial para 30 días
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	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>	Preferred	MORPHINE	
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	Preferred	DILAUDID	QL = 1 tableta diaria para 7 días de suplido en 30 días
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	Preferred	DILAUDID	
ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS [AGENTES TERAPÉUTICOS EN CASO DE ANAFILAXIA]			
Alpha- and Beta- Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa y Beta Adrenérgicos]			
<i>epinephrine inj soln auto-inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	Preferred	EpiPen	
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]			

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]			
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	Preferred	XYLOCAINE	
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS]			
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]			
<i>buprenorphine/ naloxone subl tab 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	Preferred		
<i>buprenorphine/ naloxone subl film 2-0.5 mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg</i>	Preferred		
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides]			
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Preferred	REVIA	
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]			
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln</i>	Preferred	NARCAN	
ANTIANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]			
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]			
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab tab</i>	Preferred	KLONOPIN	
<i>diazepam 1 mg/ml soln, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml oral conc</i>	Preferred	VALIUM	QL = 5días; MENTAL; SUB MENTAL
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	Preferred	ATIVAN	QL = 5días; MENTAL; SUB MENTAL
<i>midazolam hcl 10 mg/10ml inj soln, 2 mg/2ml inj soln, 5 mg/5ml inj soln, 5 mg/ml inj soln</i>	Preferred	VERSED	QL = 5ml / 30días
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]			
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	Preferred	VISTARIL	
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]			
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]			
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Macrolides [Macrólidos]			
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	Preferred	BIAXIN	
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	Preferred		
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]			
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	Preferred	CLEOCIN	
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	FLAGYL	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Preferred	MACROBID	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML</i>	Preferred	FURADANTIN	
<i>vancomycin hcl 125 mg cap</i>	Preferred	VANCOCIN	
<i>vancomycin hcl 250 mg cap</i>	Preferred	VANCOCIN	
Penicillins [Penicilinas]			
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml susp, 875-125 mg tab</i>	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	Preferred	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	Preferred	AUGMENTIN	

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	Preferred		
Quinolones [Quinolonas]			
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	Preferred	CIPRO	
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	Preferred	CIPRO	
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación]			
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	Preferred	CECLOR	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	Preferred	CEFZIL	
Sulfonamides [Sulfonamidas]			
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Preferred	SULFADIAZINE	
Tetracyclines [Tetraciclinas]			
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	Preferred	MINOCIN	
<i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	Preferred	MONODOX	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap</i>	Preferred	VIBRAMYCIN	
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación]			
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	Preferred	OMNICEF	
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	Preferred	OMNICEF	
<i>ceftriaxone 250 mg IM</i>	Preferred	ROCEPHIN	
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]			
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	Preferred	METROGEL VAGINAL	
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	Preferred	CLEOCIN	
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]			

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]			
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	Preferred	TEGRETOL	
<i>clobazam 10 mg tab, 20 mg tab, 2.5 mg/ml oral susp</i>	Preferred	ONFI	PA
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	Preferred	KLONOPIN	
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	Preferred	DEPAKOTE	
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	Preferred	NEURONTIN	
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	Preferred	LAMICTAL	
<i>lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg</i>	Preferred	LAMICTAL	
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	KEPPRA	
<i>levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg</i>	Preferred	KEPPRA XR	
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	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>	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	MYSOLINE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	TOPAMAX	
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml syr</i>	Preferred	DEPAKENE	
<i>zonisamide 50 mg cap</i>	Preferred	ZONEGRAN	
<i>DILANTIN 30 mg cap</i>	Preferred		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	Preferred	NEURONTIN	
<i>levetiracetam 100 mg/ml soln, 1000 mg tab, 750 mg tab</i>	Preferred	KEPPRA	
<i>oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab</i>	Preferred	TRILEPTAL	
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	Preferred	DILANTIN	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	Preferred	DILANTIN	
<i>zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap</i>	Preferred	ZONEGRAN	
<i>carbamazepine er 200 mg tab er 12 hr</i>	Preferred	TEGRETOL	
<i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln</i>	Preferred	ZARONTIN	
<i>phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln</i>	Preferred	PHENOBARBITAL	

• 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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>carbamazepine 100 mg/5ml susp</i>	Preferred	TEGRETOL	
<i>carbamazepine er 400 mg tab er 12 hr</i>	Preferred	TEGRETOL	
<i>lacosamide 10 mg/ml soln, 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	VIMPAT	PA
<i>lacosamide 200 mg tab, 200 mg/20ml iv soln</i>	Preferred	VIMPAT	PA
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml susp</i>	Preferred	TRILEPTAL	
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]			
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia]			
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	Preferred	HYDERGINE	
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa]			
<i>donepezil hcl 10 mg tab, 10 mg odt, 5 mg tab, 5 mg odt</i>	Preferred	ARICEPT	
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	Preferred	EXELON	
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA]			
<i>memantine 10 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	NAMENDA	
<i>memantine TITRATION PAK 5 (28)-10 (21) mg tab</i>	Preferred	NAMENDA	
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]			
Antidepressants [Antidepresivos]			
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	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>	Preferred	SINEQUAN	MENTAL; SUB MENTAL
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	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>	Preferred	PAMELOR	MENTAL; SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap</i>	Preferred	SINEQUAN	MENTAL; SUB MENTAL
<i>duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap</i>	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>	Preferred	PRECOSE	

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Biguanides [Biguanidas]			
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	Preferred	GLUCOPHAGE	
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr</i>	Preferred	GLUCOPHAGE XR	
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4]			
JENTADUETO 2.5-500 mg tab, 2.5-850 mg tab, 2.5-1000 mg tab	Preferred		ST
JENTADUETO XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr	Preferred		ST
TRADJENTA 5 mg tab	Preferred		ST
GLP-1 receptor agonist [Agonistas del receptor GLP-1]			
TRULICITY 0.75 mg/0.5ml sc soln pen-inj, 1.5 mg/0.5ml sc soln pen-inj, 3 mg/0.5ml sc soln pen-inj, 4.5 mg/0.5ml sc soln pen-inj	Preferred		PA
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]			
BAQSIMI 3mg/dose nasal pwdr	Preferred		QL= 2 / 365 días; AL= 4 - 21 años; Pacientes con Diabetes Tipo 1; No refill.
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	Preferred		
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]			
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	Preferred		QL = 20ml / 30 días
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	Preferred		QL = 20ml / 30 días
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	Preferred		QL = 20ml / 30 días
HUMALOG Mix 50/50 KwikPen 100 unit/ml sc susp	Preferred		QL = 15 ml / 30 días
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin]			
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	Preferred	ACTOS	
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia]			
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	Preferred		QL = 20ml / 30 días
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]			
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	Preferred		QL = 15 ml / 30 días

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
LANTUS 100 unit/ml sc soln	Preferred		QL = 20ml / 30 días
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]			
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	Preferred		QL = 20ml / 30 días
Sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors [Inhibidores del Transportador]			
FARXIGA 5 mg tab, 10 mg tab	Preferred		
JARDIANCE 10 mg tab, 25 mg tab	Preferred		
SYNJARDY 5-500 mg tab, 5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab, 12.5-1000 mg tab	Preferred		ST
SYNJARDY XR 5-1000 mg tab, 10-1000 mg tab, 12.5-1000 mg tab, 25-1000 mg tab	Preferred		ST
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	Preferred		ST
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]			
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	Preferred		
Sulfonylureas [Sulfonilureas]			
glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	Preferred	AMARYL	
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	Preferred	GLUCOTROL	
ANTI-OBESITY AGENTS [AGENTES ANTI-OBESIDAD]			
Anti-Obesity - GLP-1 Receptor Agonists [Anti-Obesidad - Agonistas del receptor GLP-1]			
WEGOVY 0.25 mg/0.5 ml, 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/0.5 ml, 1.7 mg/0.75 ml, 2.4 mg/0.75 ml sc sol auto-injector	Preferred		PA
ZEPBOUND 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/0.5 ml, 7.5 mg/0.5 ml, 10 mg/0.5 ml, 12.5 mg/0.5 ml, 15 mg/0.5 ml sc sol auto-injector	Preferred		PA
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]			

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas]			
<i>insulin syringe/needle</i>	Preferred		
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]			
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3]			
<i>ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt</i>	Preferred	ZOFTRAN ODT	
<i>ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	Preferred	ZOFTRAN	
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>	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>	Preferred	PHENERGAN	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	Preferred	TIGAN	
Phenothiazines [Fenotiazinas]			
<i>prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln</i>	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	Preferred	COMPAZINE	
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]			
Antigout Agents [Agentes Antigota]			
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	Preferred	ZYLOPRIM	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	Preferred	COLCRYS	
Uricosurics [Uricosúricos]			
<i>probenecid 500 mg tab</i>	Preferred	BENEMID	
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]			
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]			
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	Preferred	CATAPRESS	
<i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	ALDOMET	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]			
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	Preferred	Cardura	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	Preferred	HYTRIN	

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]			
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	COZAAR	
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	Preferred	HYZAAR	
<i>valsartan 40 mg tab, 80 mg tab, 160-320 mg tab</i>	Preferred	DIOVAN	
<i>valsartan-hctz 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab 320-25 mg tab 80-12.5 mg tab</i>	Preferred	DIOVAN HCT	
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]			
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	Preferred	MONOPRIL	
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	ZESTRIL	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	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>	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>	Preferred	DILACOR XR	
<i>diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr</i>	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>	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>	Preferred	DILACOR XR	
<i>nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr</i>	Preferred	PROCARDIA XL	
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	CALAN	
<i>verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er</i>	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>	Preferred	TIAZAC	

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr</i>	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr</i>	Preferred	PROCARDIA XL	
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa]			
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	Preferred	DIAMOX	
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]			
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	TENORMIN	
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	Preferred	TOPROL XL	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	Preferred	TOPROL XL	
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]			
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	Preferred	TENORETIC	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	Preferred	LOPRESSOR HCT	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	Preferred	LOPRESSOR HCT	
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]			
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	Preferred	BUMEX	
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	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>	Preferred	INDERAL	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	Preferred	INDERAL	
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]			
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	ALDACTONE	
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	Preferred	MAXZIDE	
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]			
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	DIURIL	
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	HYGROTON	

• 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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
DIURIL 250 mg/5ml susp	Preferred		
hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	Preferred	MICROZIDE	
indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab	Preferred	LOZOL	
metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab	Preferred	ZAROXOLYN	
chlorthalidone 100 mg tab	Preferred	HYGROTON	
metolazone 10 mg tab	Preferred	ZAROXOLYN	
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]			
carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab	Preferred	COREG	
Vasodilators [Vasodilatadores]			
hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	Preferred	APRESOLINE	
minoxidil 10 mg tab, 2.5 mg tab	Preferred	LONITEN	
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]			
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]			
divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr	Preferred	DEPAKOTE	
topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	Preferred	TOPAMAX	
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]			
sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	Preferred	IMITREX	QL = 9 tab / 30 días
rizatriptan benzoate 10 mg tab, 5 mg tab	Preferred	MAXALT	QL = 12 tab / 30 días
Calcitonin Gene-related Peptide (CGRP) Receptor Antagonist [Antagonista del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP)]			
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 mg/ml sc sol pfs	Preferred		PA
EMGALITY 120 mg/ml subq sol auto-injector, 120 mg/ml subq sol prefilled syringe	Preferred		PA
NURTEC 75 MG ODT	Preferred		PA
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]			
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]			
pyridostigmine bromide 60 mg tab	Preferred	MESTINON	
pyridostigmine bromide 180 mg tab er	Preferred	MESTINON	
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]			
Antituberculars [Antituberculosos]			
isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab	Preferred	ISONIAZID	

• 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]

SALUD FÍSICA

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

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	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>	Preferred	TERAZOL	
Antimalarials [Antimaláricos]			
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	ARALEN	
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab, 400 mg tab</i>	Preferred	PLAQUENIL	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Preferred	DARAPRIM	PA
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráticos]			
<i>pentamidine isethionate 300 mg inh soln</i>	Preferred	NEBUPENT	PA
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]			
Anthelmintics [Antihelmínticos]			
<i>PIN-X 720.5 mg chew tab</i>	Preferred		OTC
<i>REESES PINWORM MEDICINE 144 mg/ml Susp</i>	Preferred		OTC
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Preferred	BILTRICIDE	PA
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Preferred	STROMECTOL	
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	Preferred	TINDAMAX	
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]			
Anticholinergics [Anticolinérgicos]			
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	Preferred	COGENTIN	
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]			
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	Preferred	SYMMETREL	
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	Preferred	MIRAPEX	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	REQUIP	
<i>ropinirole hcl 2 mg tab</i>	Preferred	REQUIP	
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	Preferred	SYMMETREL	
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	Preferred	PARLODEL	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab</i>	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>	Preferred	STALEVO	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]			
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	Preferred	SINEMET CR	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]			
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	Preferred	CARBEX	
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]			
Anti-Influenza Agents [Agentes Anti-Infuenza]			
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg cap, 6 mg/ml susp</i>	Preferred	TAMIFLU	
Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]			
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Preferred	VALCYTE	PA
Anti-hepatitis B (hvb) Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)]			
<i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	Preferred	BARACLUDE	PA
Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La]			
<i>MAVYRET 100-40 mg tab</i>	Preferred		PA
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100 mg tab</i>	Preferred	EPCLUSA	PA
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]			
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 5% ointment</i>	Preferred	ZOVIRAX	Cubierto para las clínicas de CLETS
<i>valacyclovir 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	Preferred	VALTREX	
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]			
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	Preferred	EPZICOM	VIH/SIDA
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir 600-200-300 mg tab</i>	Preferred	ATRIPLA	VIH/SIDA
Antivirals, Others - Drugs To Treat Viral Infections [Antivirales, Otros - Medicamentos Para Tratar Infecciones Virales]			
<i>PAXLOVID (150/100) 10 x 150 MG & 10 x 100mg tab pack</i>	Preferred		QL = 20 tabs / 5 días; AL ≥ 12 años
<i>PAXLOVID (300/100) 20 x 150 MG & 10 x 100mg tab pack</i>	Preferred		QL = 30 tabs / 5 días; AL ≥ 12 años

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]			
ISENTRESS HD 600 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
ISENTRESS potassium 400 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
APRETUDE ER 600 mg/ 3 ml susp	Preferred		PA
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]			
SELZENTRY 300 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
SUNLENCA 4 x 300 mg tab pack, 5 x 300 mg tab pack, subcutaneous 463.5 MG/1.5ML	Preferred		VIH/SIDA
FUZEON subcutaneous kit 90 mg	Preferred		VIH/SIDA
APTIVUS 250 mg cap	Preferred		VIH/SIDA
BIKTARVY 50-200-25 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
CABENUVA 400 & 600 mg/2ml im susp ER, 600 & 900 mg/3ml im susp ER	Preferred		VIH/SIDA
COMPLERA 200-25-300 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
DELSTRIGO 100-300-300 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
DOVATO 50-300 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
EDURANT 25 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
EVOTAZ 300-50 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
GENVOYA 150-150-200-10 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
JULUCA 50-25 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
KALETRA 100-25 mg tab, 200-50 mg tab, 400-100 mg/5ml oral sol	Preferred		VIH/SIDA
LEXIVA 700 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
NORVIR 80 mg/ml oral sol	Preferred		VIH/SIDA
ritonavir 100 mg tab	Preferred	NORVIR	VIH/SIDA
ODEFSEY 200-25-25 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
PIFELTRO 100 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
PREZCOBIX 800-150 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
PREZISTA 600 mg tab, 800 mg tab, 100 mg/ml oral susp	Preferred		VIH/SIDA
atazanavir sulfate 200 mg cap, 300 mg cap,	Preferred	REYATAZ	VIH/SIDA
RUKOBIA 600 mg ER 12 HR tab,	Preferred		VIH/SIDA
STRIBILD 150-150-200-300 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
SYMTUZA 800-150-200-10 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
TIVICAY 50 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
TRIUMEQ 600-50-300 mg tab	Preferred		VIH/SIDA

• 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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
TROGARZO 200 mg/1.33ml iv sol	Preferred		VIH/SIDA
VIRACEPT 250 mg tab-625 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]			
nevirapine 200 mg tab	Preferred	VIRAMUNE	VIH/SIDA
nevirapine 50 mg/5ml susp	Preferred	VIRAMUNE	VIH/SIDA
efavirenz 200 mg cap, 50 mg cap, 600mg tab	Preferred	SUSTIVA	VIH/SIDA
RESCRIPTOR 200 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
SUSTIVA 50 mg cap, 200 mg cap	Preferred		VIH/SIDA
nevirapine er, 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr	Preferred	VIRAMUNE XR	VIH/SIDA
etravirine 200 mg tab	Preferred		VIH/SIDA
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa]			
zidovudine 300 mg tab	Preferred	RETROVIR	VIH/SIDA
stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	Preferred	ZERIT	VIH/SIDA
didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr	Preferred	VIDEX	VIH/SIDA
lamivudine 10 mg/ml soln	Preferred	EPIVIR	VIH/SIDA
lamivudine 150 mg tab	Preferred	EPIVIR	VIH/SIDA
zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr	Preferred	RETROVIR	VIH/SIDA
abacavir sulfate 300 mg tab	Preferred	ZIAGEN	VIH/SIDA
didanosine 400 mg cap dr	Preferred	VIDEX	VIH/SIDA
lamivudine 300 mg tab	Preferred	EPIVIR	VIH/SIDA
VIDEX 2 gm soln	Preferred		VIH/SIDA
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	Preferred	COMBIVIR	VIH/SIDA
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab	Preferred	TRIZIVIR	VIH/SIDA
DESCOVY 200-25 mg tab	Preferred		PA
emtricitabine-tenofovir DF 200-300 mg tab	Preferred	TRUVADA	PA
emtricitabine 200 mg cap	Preferred	EMTRIVA	VIH/SIDA
EMTRIVA 10 MG/ML oral sol	Preferred		VIH/SIDA
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	Preferred	VIREAD	PA OB-GYN
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]			

• 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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]			
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Preferred	PROSCAR	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]			
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	Preferred	FLOMAX	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	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>	Preferred	COUMADIN	
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	Preferred	HEPARIN	
Cobalamins [Cobalaminas]			
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	Preferred	VIT B-12	
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]			
FULPHILA 6 mg/0.6ml sc pfs soln	Preferred	NEULASTA	PA
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	Preferred		PA
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	Preferred		PA
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	Preferred		PA
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/ml PF syr	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln	Preferred		PA
ZIEXTENZO 6 mg/0.6ml sc soln pfs	Preferred		PA
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]			
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	Preferred		PA

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
PROCRT 40000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRT 2000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRT 3000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRT 4000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRT 10000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRT 40000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
RETACRT 20000 unit/ml inj soln	Preferred		PA
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]			
ELIQUIS 2.5 mg tab, 5 mg tab	Preferred		
ELIQUIS DVT/PE Starter Pack 5 mg tab	Preferred		
XARELTO 2.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab	Preferred		
XARELTO Starter Pack 15 mg tab & 10 mg tab	Preferred		
Folates [Folatos]			
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	Preferred	FOLIC ACID	OTC
Iron [Hierro]			
<i>ferrous sulfate 325 (65 fe) mg tab</i>	Preferred	IRON	OTC
INFED 50 mg/ml inj soln	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>	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 300 mg/3ml inj soln, 60 mg/0.6ml sc soln, 80 mg/0.8ml sc soln</i>	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml sc soln</i>	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 120 mg/0.8ml sc soln</i>	Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 150 mg/ml sc soln</i>	Preferred	LOVENOX	PA
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas]			
<i>aspirin 325 mg tab, 325 mg tab dr, 81 mg tab dr</i>	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>aspirin low dose 81 mg tab, 81 mg tab dr</i>	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	PLETAL	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	Preferred	PLAVIX	
BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]			

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Bisphosphonates [Bifosfonatos]			
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	Preferred	FOSAMAX	
Metabolic Bone Disease Agents [Agentes Para La Enfermedad Metabólica Del Hueso]			
PROLIA 60 mg/ml sc soln pfs	Preferred		PA
CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]			
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]			
<i>labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab</i>	Preferred	TRANDATE	
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	INDERAL	
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	BETAPACE	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	Preferred	INDERAL	
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]			
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	Preferred	QUINAGLUTE	
<i>quinidine sulfate er 300 mg tab er</i>	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]			
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	Preferred	MEXITIL	
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	Preferred	MEXITIL	
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]			
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	Preferred	RYTHMOL	
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	Preferred	RYTHMOL	
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]			
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Preferred	CORDARONE	
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente]			
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	Preferred	TRENTAL	
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]			
<i>digoxin 0.05 mg/ml soln, 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	Preferred	LANOXIN	
ENTRESTO 24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab	Preferred	ENTRESTO	PA
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]			
<i>ambrisentan 10 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	LETAIRIS	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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Preferred	REVATIO	PA
ADEMPAS 0.5 mg tab	Preferred		PA
ADEMPAS 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab	Preferred		PA
ADEMPAS 2.5 mg tab	Preferred		PA
ORENITRAM 0.125 mg, 0.25 mg, 1 mg, 2.5 mg, 5 mg tab	Preferred		PA
<i>tadalafil (PAH) 20 tab</i>	Preferred	Adcirca	PA
Vasodilators [Vasodilatadores]			
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	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>	Preferred	IMDUR	
<i>nitroglycerin 0.2 mg/hr td patch 24hr</i>	Preferred	NITRODUR	
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr</i>	Preferred	NITRODUR	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]			
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]			
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr, 120-240 MG starter pck, 240 mg cap dr</i>	Preferred	TECFIDERA	PA
<i>dalfampridine 10 tab er 12hr</i>	Preferred		PA
<i>glatiramer 20 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe</i>	Preferred		PA
<i>glatiramer 40 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe</i>	Preferred		PA
AVONEX 30 mcg im kit	Preferred		PA
AVONEX PEN 30 mcg/0.5ml im kit	Preferred		PA
AVONEX PREFILLED 30 mcg/0.5ml im kit	Preferred		PA
GILENYA 0.25 mg cap	Preferred		PA
<i>ingolimod 0.5 mg cap</i>	Preferred	GILENYA	PA
TYSABRI intravenous concentrate 300 mg/15ml	Preferred		PA
BETASERON 0.3 mg sc kit	Preferred		PA
OCREVUS 300 mg/10 ml IV	Preferred		PA
Amyotrophic Lateral Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Lateral Amiotrófica]			
<i>riluzole 50 mg tab</i>	Preferred	RILUTEK	PA
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]			

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]			
<i>lomustine 10 mg cap</i>	Preferred	CEENU	
<i>melfalan 2 mg tab</i>	Preferred	ALKERAN	
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	Preferred	TEMODAR	PA
<i>lomustine 40 mg cap</i>	Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	Preferred		
<i>lomustine 100 mg cap</i>	Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	Preferred		
<i>temozolomide 20 mg cap</i>	Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 250 mg cap</i>	Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 140 mg cap</i>	Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	Preferred	TEMODAR	PA
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]			
STIVARGA 40 mg tab	Preferred		PA
Antiandrogens [Antiandrógenos]			
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	Preferred	CASODEX	
<i>abiraterone 250 mg tab</i>	Preferred		PA
Antiestrogens [Antiestrógenos]			
ORSERDU 86 mg tab, 345 mg tab	Preferred		PA
<i>raloxifene 60 mg tab</i>	Preferred	EVISTA	PA
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	Preferred	NOLVADEX	
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]			
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Preferred	VAGIFEM	AL ≥ 19 Años
Antimetabolites [Antimetabolitos]			
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	Preferred	HYDREA	
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Preferred	PURINETHOL	
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	Preferred	METHOTREXATE	
<i>capecitabine 150 mg tab</i>	Preferred	XELODA	PA
<i>capecitabine 500 mg tab</i>	Preferred	XELODA	PA
<i>methotrexate sodium 50 mg/2ml inj soln</i>	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml inj soln</i>	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium (pf) 1gm/40ml inj soln</i>	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 250mg/10ml inj soln</i>	Preferred	METHOTREXATE	

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>methotrexate sodium (pf) 250mg/10ml inj soln</i>	Preferred	METHOTREXATE	
<i>methotrexate sodium 1g recon inj soln</i>	Preferred	METHOTREXATE	
Antineoplastic -Antibodies [Anticuerpo Antineoplásticos]			
RUXIENCE 100 mg/10ml iv soln, 500 mg/50ml iv soln	Preferred		PA
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásticos Inhibidores de Enzimas]			
IMBRUVICA 70 mg cap, 140 mg cap, 420 mg tab, 70 mg/ml oral susp	Preferred		PA
<i>imatinib 100 mg tab</i>	Preferred	GLEEVEC	PA
<i>everolimus 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	Preferred	AFINITOR	PA
<i>everolimus 2.5 mg tab</i>	Preferred	AFINITOR	PA
<i>everolimus 2 mg oral sol tab, 3 mg oral sol tab, 5 mg oral sol tab</i>	Preferred	AFINITOR DISPERZ	PA
IBRANCE 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 75 mg tab, 100 mg tab, 125 mg tab	Preferred		PA
<i>imatinib 400 mg tab</i>	Preferred	GLEEVEC	PA
sorafenib tosylate 200 mg tab	Preferred	NEXAVAR	PA
LYNPARZA 100 mg tab, 150 mg tab	Preferred		PA
NEXAVAR 200 mg tab	Preferred		PA
TUKYSA 50 mg tab, 150 mg tab	Preferred		PA
<i>sunitinib 12.5 mg cap</i>	Preferred		PA
<i>sunitinib 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	Preferred		PA
SUTENT 12.5 mg cap, 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap	Preferred		PA
VENCLEXTA 10 mg tab, 100 mg tab, 50 mg tab	Preferred		PA
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 mg tab pack	Preferred		PA
VERZENIO 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab	Preferred		PA
XTANDI 40 mg tab, 80 mg tab, 40 mg cap	Preferred		PA
Apetite Stimulants [Estimulantes de Apetito]			
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	Preferred	MEGACE	

• 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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	Preferred	MEGACE	
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa]			
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	Preferred	ARIMIDEX	
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]			
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	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	Preferred		PA
LUPRON DEPOT 45 mg im kit	Preferred		PA
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit, 7.5 mg im kit	Preferred		PA
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	Preferred		PA
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	Preferred		PA
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg (ped) im kit	Preferred		PA
LUPRON DEPOT-PED 30 mg (ped) im kit	Preferred		PA
<i>leuprolide acetate 1 mg/ 0.2 ml inj kit</i>	Preferred		PA
ZOLADEX 3.6 mg, 10.8 mg subcutaneous implant	Preferred		PA
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Antagonist [Antagonista De LHRH]			
FIRMAGON 80 mg SC, 120 mg SC	Preferred		PA
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]			
MATULANE 50 mg cap	Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	Preferred		PA
<i>lenalidomide 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap</i>	Preferred	REVLIMID	PA
REVLIMID 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap	Preferred		PA
LONSURF 15-6.14 mg tab, 20-8.19 mg tab	Preferred		PA

• 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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
BRAFTOVI 75 mg cap	Preferred		PA
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]			
etoposide 50 mg cap	Preferred	VEPESID	
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]			
Antifungals [Antifungales]			
clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche	Preferred	MYCELEX	
nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp	Preferred	MYCOSTATIN	
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]			
chlorhexidine gluconate 0.12 % mouth/throat soln	Preferred	PERIDEX	
Xerostomia [Xerostomía]			
pilocarpine 5 mg tab	Preferred	SALAGEN	
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]			
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné]			
sulfacetamide sodium-sulfur 10-5 % external emulsion	Preferred	SULFACET R	
clindamycin phosphate 1 % soln	Preferred	CLEOCIN T	
erythromycin 2 % gel, 2 % soln	Preferred	ERYGEL	
Acne Products [Productos para el Acné]			
tretinoin 0.05 % crm,	Preferred	RETIN A	AL = 12 - 20 años
isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap	Preferred	ZENATANE, MYORISAN, CLARAVIS	AL = 12 - 20 años
Antihistamines [Antihistamínicos]			
hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab	Preferred	ATARAX	
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]			
selenium sulfide 2.5 % lot	Preferred	SELSUN	
Biologic Antipsoriatics [Biológicos Antipsoriáticos]			
TALTZ 80 mg/ml SubQ Auto-injector, 80 mg/ml SubQ Prefilled Syringe	Preferred		PA
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]			
fluorouracil 2 % soln, 5 % soln	Preferred	EFUDEX	
fluorouracil 5 % crm	Preferred	EFUDEX	

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Eczema Agents [Agentes para Eczema]			
DUPIXENT 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	Preferred		PA
Topical Calcineurin Inhibitors [Inhibidores Tópicos de Calcineurina]			
<i>tacrolimus 0.03 % oint, 0.1 % oint</i>	Preferred	PROTOPIC	QL = 60 gm / 15 días
Atopic Dermatitis [Dermatitis Atópica]			
EUCRISA 2 % oint	Preferred		PA
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta]			
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm</i>	Preferred	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % oint</i>	Preferred	DIPROLENE	
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia]			
<i>mometasone furoate 0.1 % oint, 0.1% crm, 0.1% soln</i>	Preferred	ELOCON	
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana]			
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % crm, 0.1 % oint, 0.5 % crm, 0.5 % oint</i>	Preferred	KENALOG	
<i>betamethasone valerate 0.1 % crm, 0.1 % lot, 0.1 % oint</i>	Preferred	DIPROLENE	
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia]			
<i>hydrocortisone 2.5 % crm, 2.5 % lot, 2.5 % oint</i>	Preferred	HYDROCORTISONE	
Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]			
<i>permethrin 5 % crm</i>	Preferred	ELIMITE	QL = 60 gm
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]			
<i>mupirocin 2 % oint</i>	Preferred	BACTROBAN	
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	Preferred	SILVADENE	
<i>metronidazole 0.75 % crm, 0.75 % gel, 0.75 % lot</i>	Preferred	METROLOTION	
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]			
<i>clotrimazole 1 % crm</i>	Preferred	LOTRIMIN	OTC
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	Preferred	MYCOSTATIN	
Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos]			
<i>calcipotriene 0.005 % crm</i>	Preferred	DOVONEX	

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	Preferred	SORIATANE	
Warts [Verrugas]			
<i>Imiquimod cream 5%</i>	Preferred	ALDARA	AL > 12 Años
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]			
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Ácidos Biliares]			
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	Preferred	QUESTRAN	
<i>cholestyramine light 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	Preferred	QUESTRAN	
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]			
<i>fenofibrate 48 mg tab, 54 mg tab, 145 mg tab, 160 mg tab</i>	Preferred	TRICOR	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	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>	Preferred	LIPITOR	
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	PRAVACHOL	
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	Preferred	ZOCOR	
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i>	Preferred	PRAVACHOL	
<i>rosuvastatin 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg</i>	Preferred	CRESTOR	
Dislipidémicos, Otros [Dyslipidemics, Other]			
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Preferred	ZETIA	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Preferred	LOVAZA	VIH/SIDA
REPATHA Pushtronex System 420 mg/ 3.5ml sc sol cartridge	Preferred		PA
REPATHA SureClick Auto-injector 140 mg/ml sc sol	Preferred		PA
REPATHA SureClick 140 mg/ml sc sol pfs	Preferred		PA
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTESGASTROINTESTINALES]			
Antispasmodics [Antiespasmódicos]			
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	Preferred	BENTYL	
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln</i>	Preferred	BENTYL	
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]			
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	Preferred	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Preferred	CARAFATE	

• 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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
1 gm/10ml susp	Preferred		
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]			
CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt	Preferred		
CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt	Preferred		
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]			
famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp	Preferred	PEPCID	
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]			
cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc	Preferred	GASTROCROM	PA
lactulose 10 gm/15ml oral soln, 20 gm/30ml oral soln	Preferred	DUPHALAC	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml oral soln	Preferred	ENULOSE	
ursodiol 300 mg cap	Preferred	ACTIGALL	PA
ursodiol 250 mg tab	Preferred	URSO 250	PA
ursodiol 500 mg tab	Preferred	URSO Forte	PA
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]			
omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr	Preferred	PRILOSEC	QL = 180 caps / 365 días
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]			
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]			
phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab	Preferred	PYRIDIUM	QL = 6 tab
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato]			
sevelamer carbonate 800 mg tab	Preferred	REVELA	PA
sevelamer carbonate 0.8 gm pckt, 2.4 gm pckt	Preferred	REVELA	PA
calcium acetate 667 mg cap.	Preferred	PHOSLO	
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios]			
ur n-c 81.6 mg tab	Preferred	URIN D/S	
URETRON D/S tab	Preferred		
URIMAR-T 120 mg tab	Preferred		
urin ds tab	Preferred	URIN D/S	
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]			
oxybutynin chloride 5 mg tab, 5 mg/5ml syr	Preferred	DITROPAN	
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]			

• 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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
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	Preferred		PA
ALPHANATE/VWF COMPLEX/HUMAN 250 unit iv soln, 500 unit iv soln, 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln	Preferred		PA
ALTUVIIIIO 1000 unit iv soln, 2000 unit iv soln, 250 unit iv soln, 3000 unit iv soln, 4000 unit iv soln, 500 unit iv soln, 750 unit iv soln	Preferred		PA
BENEFIX 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit	Preferred		PA
ELOCTATE 250 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit, 750 unit intravenous kit, 1000 unit intravenous kit, 1500 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 4000 unit intravenous kit, 5000 unit intravenous kit, 6000 unit intravenous kit	Preferred		PA
HEMLIBRA 105 mg/0.7ml sc soln, 12 mg/0.4ml sc soln, 150 mg/ml sc soln, 30 mg/ml sc soln, 300 mg/2ml sc soln, 60 mg/0.4ml sc soln	Preferred		PA
ULTOMIRIS 1100 mg/11ml iv soln, 300 mg/30ml iv soln, 300 mg/3ml iv soln	Preferred		PA
Bradykinin B2 Receptor Antagonists [Agonistas del Receptor de Bradiquinina 2]			
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml sc soln pfs</i>	Preferred	FYRAZYR	PA
Hemostatics [Hemostáticos]			
<i>tranexamic acid 650 mg tab, 1000 mg/ml IV soln</i>	Preferred	LYSTEDA	PA
AMICAR 500 mg tab	Preferred		PA

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>aminocaproic acid</i> 0.25 gm/ml oral soln	Preferred	AMICAR	PA
<i>tranexamic acid</i> 100 mg/ml IV soln	Preferred	CYKLOKAPRON	PA
Plasma Kallikrein Inhibitors [Inibidor de calicreína plasmática]			
TAKHZYRO 300 mg/2ml sc soln, 300 mg/2mL sc soln pfs	Preferred		PA
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]			
Androgens [Andrógenos]			
<i>testosterone cypionate</i> 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln	Preferred	DEPO-TESTOSTERONE	AL ≥ 19 años
<i>danazol</i> 50 mg cap, 100 mg cap	Preferred	DANOCRINE	
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]			
<i>methimazole</i> 10 mg tab, 5 mg tab	Preferred	TAPAZOLE	
<i>propylthiouracil</i> 50 mg tab	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
Calcimimetics [Calcimiméticos]			
<i>cinacalcet</i> 30 mg tab	Preferred	SENSIPAR	PA
<i>cinacalcet</i> 60 mg tab, 90 mg tab	Preferred	SENSIPAR	PA
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina]			
<i>bromocriptine mesylate</i> 2.5 mg tab	Preferred	PARLODEL	
<i>cabergoline</i> 0.5 mg tab	Preferred	DOSTINEX	
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]			
FIRST-PROGESTERONE VGS 100 VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG	Preferred		PA
FIRST-PROGESTERONE VGS 200 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG	Preferred		PA
<i>medroxyprogesterone acetate</i> 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab	Preferred	PROVERA	AL ≥ 19 años
<i>alyacen</i> 1/35 1-35 mg-mcg tab	Preferred	ARANELLE	PA
AVIANE 0.1-20mg-mcg tab	Preferred		PA
CRYSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	Preferred		PA
<i>medroxyprogesterone acetate</i> 150mg/ml susp, 150mg/ml IM susp pfs	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
Estrogens [Estrógenos]			
<i>estradiol</i> 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab	Preferred	ESTRACE	AL ≥ 19 años

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>estropipate 0.75 mg tab, 1.5 mg tab</i>	Preferred	ESTROPIPATE	
<i>estropipate 3 mg tab</i>	Preferred	ESTROPIPATE	
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]			
<i>estradiol-norethindrone acet 1-0.5 mg tab</i>	Preferred	ACTIVELLA	AL ≥ 19 años
Progestins [Progestinas]			
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	Preferred		
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento]			
GENOTROPIN <i>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</i>	Preferred		PA
OMNITROPE <i>5 mg/1.5ml SC sol cartridge, 10 mg/1.5ml SC sol cartridge, 5.8 mg SC sol reconstituted, 5 mg/1.5ml SC sol, 10 mg/1.5ml SC sol</i>	Preferred		PA
ZOMACTON <i>5 mg SC sol reconstituted, 10 mg SC sol reconstituted</i>	Preferred		PA
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]			
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Preferred	FLORINEF	
Prostaglandins [Prostaglandinas]			
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	Preferred	CYTOTEC	
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]			
<i>octreotide acetate 50 mcg/ml inj soln</i>	Preferred	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml inj soln, 1000 mcg/5ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln</i>	Preferred	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate 1000 mcg/ml inj soln</i>	Preferred	SANDOSTATIN	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 mg im kit	Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 30 mg im kit	Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 20 mg im kit	Preferred		PA

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]			
LEVO-T 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	Preferred		
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	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	Preferred		
Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]			
desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln	Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.2 mg tab	Preferred	DDAVP	
desmopressin ace rhinal tube 0.01 % nasal soln	Preferred	DDAVP	
desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln	Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate 0.1 mg tab	Preferred	DDAVP	
desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln	Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	Preferred		
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]			
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]			
adalimumab-adaz 40 mg/0.4ml sc sol pfs, 40 mg/0.4ml sc sol auto-inj	Preferred	HUMIRA	PA
AMJEVITA 40mg/0.4ml sc soln pfs, 80mg/0.8ml sc soln auto-inj, 40mg/0.4ml sc soln auto-inj	Preferred	HUMIRA	PA
AVSOLA 100 mg iv soln	Preferred		PA
CYLTEZO (2 PEN) 40 mg/0.8ml Subcutaneous Auto-injector Kit	Preferred	HUMIRA	PA
ENBREL 25 mg sc soln	Preferred		PA
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln, 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	Preferred		PA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	Preferred		PA
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	Preferred		PA
HADLIMA 40 mg/0.8ml sc sol pfs, 40 mg/0.4ml sc sol pfs	Preferred	HUMIRA	PA
HADLIMA PushTouch Auto-injector 40 mg/0.8ml sc sol, 40 mg/0.4ml sc sol	Preferred	HUMIRA	PA
INFLECTRA 100 mg iv soln	Preferred		PA
INFLIXIMAB 100 mg iv soln	Preferred		PA
RENFLEXIS 100 mg iv soln	Preferred		PA
SELARSDI 130 mg/26ml iv soln, 45 mg/0.5ml sc soln pfs, 90 mg/ml sc soln pfs	Preferred	STELARA	PA
SIMLANDI (1 PEN) 40 mg/0.4ml Subcutaneous Auto-injector Kit	Preferred	HUMIRA	PA
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 mg/0.8ml sc pfs kit	Preferred	HUMIRA	PA
SIMLANDI (2 PEN) 40 mg/0.4ml sc auto-injector kit	Preferred	HUMIRA	PA
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 mg/0.2ml sc pfs kit, 40 mg/0.4ml sc pfs kit	Preferred	HUMIRA	PA
YESINTEK 130 mg/26ml iv soln, 45 mg/0.5ml sc soln, 45 mg/0.5ml sc soln pfs, 90 mg/ml sc soln pfs	Preferred	STELARA	PA
YUSIMRY 40 mg/0.8ml sc pen-injector	Preferred	HUMIRA	PA
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]			
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]			
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	Preferred	DECADRON	
<i>dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln</i>	Preferred	DECADRON	OB-GYN
KENALOG 10 mg/ml inj susp	Preferred		
MEDROL 2 mg tab	Preferred		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml syr</i>	Preferred	PRELONE	
<i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml soln</i>	Preferred	ORAPRED	

• 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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	Preferred	MEDROL	
<i>cortisone acetate 25 mg tab</i>	Preferred	CORTISONE	
<i>triamcinolone acetonide 40 mg/ml inj susp</i>	Preferred	KENALOG	
<i>betamethasone sod phos & acet 6 mg/ml inj susp</i>	Preferred	CELESTONE SOLUSPAN	OB-GYN
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]			
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Preferred	IMURAN	
<i>azathioprine 75 mg, 100 mg</i>	Preferred	AZASAN	
<i>mycophenolate mofetil 250 mg cap</i>	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	Preferred	PROGRAF	aPA
<i>mycophenolate mofetil 500 mg tab</i>	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	Preferred	PROGRAF	aPA
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap,</i>	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	Preferred	PROGRAF	aPA
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab. dr, 360 mg tab dr</i>	Preferred	MYFORTIC	aPA
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	Preferred	NEORAL	aPA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	Preferred	RAPAMUNE	aPA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp</i>	Preferred	CELLCEPT	aPA
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]			
Aminosalicylates [Aminosalicilatos]			
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	Preferred	ROWASA	
<i>mesalamine cap dr 400 mg</i>		DELZICOL	
<i>mesalamine tab dr 800 mg</i>	Preferred	ASACOL	
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]			
<i>RENFLEXIS 100 mg iv soln</i>	Preferred		PA
<i>INFLECTRA 100 mg iv soln</i>	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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]			
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema</i>	Preferred	COLOCORT	
<i>budesonide oral cap dr particles 3 mg</i>		ENTOCORT EC	
Sulfonamides [Sulfonamidas]			
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	Preferred	AZULFIDINE	
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]			
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]			
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	Preferred	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	Preferred	ROCALTROL	
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]			
<i>levocarnitine 1 gm/10ml soln, 330 mg tab</i>	Preferred	CARNITOR	
Chelating Agents [Agentes Quelantes]			
<i>DEPEN TITRATABS 250 mg tab</i>	Preferred		PA
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]			
<i>PEG-3350/Electrolytes Oral Solution Reconstituted 236 GM</i>	Preferred	GAVILYTE	
<i>PEG 3350-KCl-Na Bicarb-NaCl Oral Solution Reconstituted 420 GM</i>	Preferred	GAVILYTE	
<i>Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Oral Solution 17.5-3.13-1.6 gm/ 177 mL</i>	Preferred	SUPREP	
<i>potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln</i>	Preferred	KAY-CIEL	
<i>potassium chloride crys er 10 meq tab er, 20 meq tab er</i>	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er</i>	Preferred	MICRO-K	
<i>potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral solution</i>	Preferred	KAON CL	
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]			
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp</i>	Preferred	KAYEXALATE	
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]			
<i>classic prenatal 28-0.8 mg tab</i>	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	Preferred	PREPLUS	OB-GYN

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab</i>	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal formula 28-0.8 mg tab</i>	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab</i>	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal plus iron 29-1 mg tab</i>	Preferred	PRENATABS	OB-GYN
<i>prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
Vitamin K [Vitamina K]			
<i>phytonadione 5 mg tab</i>	Preferred	MEPHYTON	
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]			
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]			
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	Preferred	LIORESAL	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	Preferred	DANTRIUM	
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	Preferred	DANTRIUM	
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]			
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	Preferred	FLEXERIL	
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]			
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]			
<i>ipratropium bromide 0.03 % nasal soln</i>	Preferred	ATROVENT	
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]			
<i>cromolyn sodium 5.2 mg/act nasal aerosol sol</i>	Preferred	NASALCROM	
Nasal Steroids [Esteroides Nasales]			
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp</i>	Preferred	FLONASE	QL = 1 pompa / 30 días
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]			
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]			
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	Preferred	ALPHAGAN	
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	Preferred	TRUSOPT	
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	Preferred	BETAGAN	
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	Preferred	TIMOPTIC	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	Preferred	COSOPT	
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	Preferred	BETOPTIC	
<i>LUMIGAN 0.01% opht sol</i>	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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Miotics [Mióticos]			
<i>pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln</i>	Preferred	ISOPTOCARPINE	
Mydriatics [Midriáticos]			
<i>atropine sulfate 1 % ophth oint, 1 % ophth soln</i>	Preferred	ISO-ATROPINE	
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]			
<i>diclofenac sodium 0.1 % ophth soln</i>	Preferred	VOLTAREN	QL = max 30 días / 365 días
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln</i>	Preferred	ACULAR	QL = max 30 días / 365 días
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]			
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % ophth soln</i>	Preferred	CILOXAN	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint, 0.3 % ophth soln</i>	Preferred	GARAMYCIN	
<i>ofloxacin 0.3 % ophth soln</i>	Preferred	OCUFLOX	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth soln</i>	Preferred	POLYTRIM	
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	Preferred	TOBREX	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth oint</i>	Preferred	BACITRACIN	
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]			
<i>trifluridine 1 % ophth soln</i>	Preferred	VIROPTIC	PA
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]			
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	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>	Preferred	MAXITROL	
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	Preferred	PRED FORTE	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % ophth soln</i>	Preferred	INFLAMASE	
<i>fluorometholone 0.1 % ophth susp</i>	Preferred	FML LIQUIFILM	
Ophthalmic Agents, Other [Agentes Oftálmicos, Otros]			
<i>cyclosporine 0.05 % ophth emul</i>	Preferred	RESTASIS	PA; QL = 60 mL / 30 días
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]			
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]			
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	Preferred	VOSOL	

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]			
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	Preferred	CORTISPORIN	
<i>cipro hc 0.2-1 % otic susp</i>	Preferred		
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]			
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]			
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	Preferred	ATROVENT	
INCRUSE ELIIPTA 62.5 mcg/inh inh aer pwdr	Preferred		PA
Anticholinergic Bronchodilators and Beta-2 Agonist Long Acting [Broncodilatadores Anticolinérgicos con Agonistas Beta-2 de Larga Duración]			
ANORO ELLIPTA 62.5-25 mcg/inh inh aer pwdr	Preferred		PA
Antileukotrienes [Antileukotrienos]			
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	Preferred	SINGULAIR	
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]			
<i>benzonatate 100 mg cap</i>	Preferred	TESSALON	
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	Preferred	CHERATUSSIN	
Beta-2 Agonist Long Acting [Agonistas Beta-2 de Larga Duración]			
SEREVENT DISKUS 50 mcg/dose inh aer pwdr br act	Preferred		PA
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]			
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im soln	Preferred		PA
SYNAGIS 100 mg/ml im soln	Preferred		PA
Cystic Fibrosis Agents [Agentes Para La Fibrosis Quística]			
<i>tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln</i>	Preferred	TOBI	PA
Pulmonary Fibrosis Agents [Agentes Para La Fibrosis Pulmonar]			
<i>pirfenidone 267 mg tab, 534 mg tab, 801 mg tab</i>	Preferred	ESBRIET	PA
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]			
<i>fluticasone propionate diskus 100 mcg/act inh aer pwdr br act, 250 mcg/act inh aer pwdr br act, 50 mcg/act inh aer pwdr br act</i>	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días; AL = 4-11 años

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>fluticasone propionate hfa 110 mcg/act inh aer, 220 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer</i>	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días; AL = 4-11 años
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr</i>	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días; ST
<i>fluticasone-salmeterol 250-50 mcg/dose inh aer pwdr</i>	Preferred		PA; QL= 1 pompa / 30 días
SYMBICORT 160-4.5 mcg/act inh aer, 80-4.5 mcg/act inh aer	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días
Wixela Inhub 100-50 mcg/dose inh aer pwdr, 500-50 mcg/dose inh aer pwdr	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días; ST
Wixela Inhub 250-50 mcg/dose inh aer pwdr	Preferred		PA; QL = 1 pompa / 30 días
ADVAIR HFA 115-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días; ST
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp</i>	Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días; ST
QVAR ReditHaler 40 mcg/act inh aer; 80 mcg/act inh aer	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días
Anticuerpos Monoclonales [Monoclonal Antibodies]			
FASENRA subq soln 30 mg/mL prefilled syringe, 30 mg/mL auto injector	Preferred		PA
DUPIXENT 100 mg/0.67ml sc soln pfs, 200 mg/1.14ml sc soln pen-inj, 200 mg/1.14ml sc soln pfs, 300 mg/2ml sc soln pen-inj, 300 mg/2ml sc soln pfs	Preferred		PA
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]			
<i>cetirizine HCl oral soln 1 MG/ML (5 MG/5ML)</i>	Preferred	ZYRTEC	OTC
<i>loratadine 5 mg/5ml soln, 5 mg/5ml syr</i>	Preferred	CLARITIN	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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>loratadine 10 mg tab</i>	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>	Preferred	THEO-DUR	
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]			
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln</i>	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>	Preferred	ALBUTEROL	QL = 1 pompa / 30 días; Límite de repeticiones =2
<i>albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%</i>	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días; Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml</i>	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 días; Límite de repeticiones =1
<i>albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml</i>	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días; AL = 0 - 3; Límite de repeticiones =1
<i>levalbuterol hcl 0.31 mg/3ml inh neb soln, 0.63 mg/3ml inh neb soln, 1.25 mg/3ml inh neb soln</i>	Preferred	XOPENEX	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	Preferred	BRETHINE	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 mcg/inh inh aer pwdr br act, 200-62.5-25 mcg/inh inh aer pwdr br act	Preferred		PA; QL= 1 pompa / 30 días
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]			
Antirheumatic-Enzyme Inhibitors [Antireumáticos- Inhibidores de enzimas]			
XELJANZ 10 mg tab, 5 mg tab	Preferred		PA
XELJANZ 1 mg/ml soln	Preferred		PA
XELJANZ XR 11 mg tab er 24 hr, 22 mg tab er 24 hr	Preferred		PA
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]			
ENBREL 25 mg sc soln	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]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ENBREL 25 mg/0.5ml sc soln pfs, 50 mg/ml sc soln pfs	Preferred		PA
ENBREL MINI 50 mg/ml sc soln cart	Preferred		PA
ENBREL SURECLICK 50 mg/ml sc soln auto-inj	Preferred		PA
ORENCIA 125 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe, 125 mg/ml ClickJect sc sol Autoinjector, 87.5 mg/0.7ml subcutaneous solution prefilled syringe, 50 mg/0.4ml subcutaneous solution prefilled syringe	Preferred		PA
RENFLEXIS 100 mg iv soln	Preferred		PA
INFLECTRA 100 mg iv soln	Preferred		PA
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos]			
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	Preferred	METHOTREXATE	
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	Preferred	ARAVA	PA
DEPEN TITRATABS 250 mg tab	Preferred		PA
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]			
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]			
<i>modafinil 100 mg tab, 200 mg tab</i>	Preferred	PROVIGIL	PA; AL ≥ 17 años
VACCINES [VACUNAS]			
Vaccines [Vacunas]			
ACTHIB im soln	Preferred		
ADACEL 5-2-15.5 lf-mcg/0.5 im susp	Preferred		
ABRYSCO Intramuscular Solution Reconstituted 120 MCG/0.5ML	Preferred		
AREXVY Intramuscular Suspension Reconstituted 120 MCG/0.5ML	Preferred		
AFLURIA QUADRIVALENT im susp, 0.5 ml im susp pfs	Preferred		
BEXSERO im susp pfs	Preferred		
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 lf-mcg/0.5 im susp	Preferred		
CAPVAXIVE 0.5 ml im soln pfs	Preferred		AL ≥ 50 años
COMIRNATY 30 mcg/0.3ml im susp pfs	Preferred		
ENGERIX-B 10 mcg/0.5ml im inj, 10 mcg/0.5ml inj susp, 10 mcg/0.5ml inj susp ps, 20 mcg/ml inj susp, 20 mcg/ml inj susp ps	Preferred		

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad]

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
FLUARIX QUADRIVALENT 0.5 ml im susp pfs	Preferred		
FLUCELVAX QUADRIVALENT 0.5 ml im susp pfs	Preferred		
FLULAVAL QUADRIVALENT im susp, 0.5 ml im susp pfs	Preferred		
FLUMIST QUADRIVALENT nasal susp	Preferred		
FLUZONE HIGH-DOSE 0.5 ml im susp pfs	Preferred		
FLUZONE QUADRIVALENT im susp, 0.25 ml im susp pfs, 0.5 ml im susp, 0.5 ml im susp pfs, 9 mcg/strain i-dermal susp pen-inj	Preferred		
GARDASIL 9 im susp, im susp pfs	Preferred		
HAVRIX 1440 el u/ml im susp, 720 el u/0.5ml im susp	Preferred		
HIBERIX 10 mcg inj soln	Preferred		
MENQUADFI im inj	Preferred		
MENVEO im soln	Preferred		
M-M-R II inj soln	Preferred		
MRESVIA Intramuscular Suspension ps 50 MCG/0.5ML	Preferred		
NOVAVAX COVID-19 VACCINE 5 mcg/0.5ml im susp	Preferred		
PEDVAX HIB 7.5 mcg/0.5ml im susp	Preferred		
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y 3 mcg/0.2ml im susp	Preferred		
PNEUMOVAX 23 25 mcg/0.5ml inj	Preferred		AL ≥ 50 años
PREVNAR 20	Preferred		AL ≥ 50 años
PROQUAD sc inj, sc susp	Preferred		
RECOMBIVAX HB 10 mcg/ml inj susp, 10 mcg/ml inj susp ps, 40 mcg/ml inj susp, 5 mcg/0.5ml inj susp, 5 mcg/0.5ml inj susp ps	Preferred		
SHINGRIX 50 mcg/0.5ml im susp	Preferred		
SPIKEVAX COVID-19 VACCINE 100 mcg/0.5ml im susp	Preferred		
TDVAX 2-2 lf/0.5ml im susp	Preferred		
TENIVAC 5-2 lfu im inj	Preferred		
TRUMENBA im susp pfs	Preferred		

SALUD FÍSICA

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
TWINRIX 720-20 im susp, 720-20 elu-mcg/ml im susp, 720-20 elu-mcg/ml im susp pfs	Preferred		
VAQTA 25 unit/0.5ml im susp, 50 unit/ml im susp	Preferred		
VARIVAX 1350 pfu/0.5ml sc inj	Preferred		
VAXNEUVANCE 0.5 ml im susp pfs	Preferred		AL ≥ 50 años

SALUD FÍSICA

A		AVSOLA	50
abacavir sulfate	35	azathioprine	52
abacavir sulfate-lamivudine	33	azithromycin	21
abacavir-lamivudine-zidovudine	35	B	
abiraterone	40	bacitracin	55
ABRYSVO	59	baclofen	54
acarbose	24	BAQSIMI	25
acetaminophen-codeine	18	BENEFIX	47
acetazolamide	29	benzonatate	56
acetic acid	55	benztropine mesylate	32
acitretin	45	betamethasone dipropionate aug	44
ACTHIB	59	betamethasone sod phos & acet	52
ACTIMMUNE	42	betamethasone valerate	44
acyclovir	33	BETASERON	39
ADACEL	59	betaxolol hcl	54
adalimumab-adaz	50	BEXSERO	59
ADEMPAS	39	bicalutamide	40
ADVAIR HFA	57	BICILLIN L-A	22
ADVATE	47	BIKTARVY	34
AFLURIA QUADRIVALENT	59	BOOSTRIX	59
albuterol HFA	58	BRAFTOVI	43
albuterol sulfate	58	brimonidine tartrate	54
albuterol sulfate syrup	58	bromocriptine mesylate	32, 48
alendronate sodium	38	budesonide	53, 57
allopurinol	27	bumetanide	29
ALPHANATE/V	47	buprenorphine/naloxone	20
ALTUVIIIO	47	C	
alyacen 1/35	48	CABENUVA	34
amantadine hcl	32	cabergoline	48
ambrisentan	38	calcipotriene	44
AMICAR	47	calcitriol	53
aminocaproic acid	48	calcium acetate	46
amiodarone hcl	38	CAPASTAT	31
amitriptyline hcl	24	capecitabine	40
AMJEVITA	50	CAPVAXIVE	59
amlodipine besylate	28	CARAFATE	46
amoxicillin	21	carbamazepine	23, 24
amoxicillin-pot clavulanate	21	carbamazepine er	23, 24
ampicillin	21	carbidopa-levodopa	33
anastrozole	42	carbidopa-levodopa er	33
ANORO ELLIPTA	56	carbidopa-levodopa-entacapone	32
APRETUDE ER	34	carvedilol	30
APTIVUS	34	cefaclor	22
AREXVY	59	cefadroxil	20
aspirin	37	cefdinir	22
aspirin low dose	37	cefprozil	22
atazanavir sulfate	34	ceftriaxone	22
atenolol	29	cephalexin	20
atenolol-chlorthalidone	29	Cetirizine HCl	57
atorvastatin calcium	45	childrens loratadine	57
atropine sulfate	55	chlorhexidine gluconate	43
AVIANE	48	chloroquine phosphate	32
AVONEX	39	chlorothiazide	29
AVONEX PEN	39		
AVONEX PREFILLED	39		

SALUD FÍSICA

<i>chlorthalidone</i>	29, 30	<i>DIURIL</i>	30
<i>cholestyramine</i>	45	<i>divalproex sodium</i>	23, 30
<i>cholestyramine light</i>	45	<i>donepezil hcl</i>	24
<i>cilostazol</i>	37	<i>dorzolamide hcl</i>	54
<i>cinacalcet</i>	48	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	54
<i>cipro hc</i>	56	<i>DOVATO</i>	34
<i>ciprofloxacin</i>	22	<i>doxazosin mesylate</i>	27
<i>ciprofloxacin hcl</i>	22, 55	<i>doxepin hcl</i>	24
<i>clarithromycin</i>	21	<i>doxycycline hyclate</i>	22
<i>classic prenatal</i>	53	<i>doxycycline monohydrate</i>	22
<i>clindamycin hcl</i>	21	<i>duloxetine</i>	24
<i>clindamycin phosphate</i>	22, 43	<i>DUPIXENT</i>	44, 57
<i>clobazam</i>	23		
<i>clonazepam</i>	20, 23	E	
<i>clonidine hcl</i>	27	<i>EDURANT</i>	34
<i>clopidogrel bisulfate</i>	37	<i>efavirenz</i>	35
<i>clotrimazole</i>	43, 44	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	33
<i>colchicine</i>	27	<i>ELIGARD</i>	42
<i>COLCRYS</i>	27	<i>ELIQUIS</i>	37
<i>COMIRNATY</i>	59	<i>ELIQUIS DVT/PE Starter Pack</i>	37
<i>COMPLERA</i>	34	<i>ELOCTATE</i>	47
<i>cortisone acetate</i>	52	<i>EMGALITY</i>	30
<i>CREON</i>	46	<i>emtricitabine</i>	35
<i>cromolyn sodium</i>	46, 54	<i>emtricitabine-tenofovir DF</i>	35
<i>CRYSSELLE-28</i>	48	<i>EMTRIVA</i>	35
<i>CUPRIMINE</i>	53, 59	<i>ENBREL</i>	50, 58, 59
<i>cyanocobalamin</i>	36	<i>ENBREL MINI</i>	51, 59
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	54	<i>ENBREL SURECLICK</i>	51, 59
<i>cycloserine</i>	31	<i>ENGERIX-B</i>	59
<i>cyclosporine</i>	55	<i>enoxaparin sodium</i>	37
<i>cyclosporine</i>	52	<i>entecavir</i>	33
<i>cyclosporine modified</i>	52	<i>ENTRESTO</i>	38
<i>CYLTEZO (2 PEN)</i>	50	<i>epinephrine</i>	19
		<i>EPIVIR</i>	35
D		<i>ergoloid mesylates</i>	24
<i>dalfampridine</i>	39	<i>ERYTHROCIN STEARATE</i>	21
<i>dantrolene sodium</i>	54	<i>erythromycin</i>	43
<i>dapsone</i>	31	<i>erythromycin base</i>	21
<i>DELSTRIGO</i>	34	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	21
<i>DEPEN TITRATABS</i>	53	<i>estradiol</i>	40, 48
<i>DESCOVY</i>	35	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	49
<i>desmopressin ace rhinal tube</i>	50	<i>estropipate</i>	49
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	50	<i>ethambutol hcl</i>	31
<i>desmopressin acetate</i>	50	<i>ethosuximide</i>	23
<i>desmopressin acetate spray</i>	50	<i>etoposide</i>	43
<i>dexamethasone</i>	51	<i>everolimus</i>	41
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	51	<i>EVOTAZ</i>	34
<i>diazepam</i>	20	<i>ezetimibe</i>	45
<i>diclofenac sodium</i>	55		
<i>dicyclomine hcl</i>	45	F	
<i>didanosine</i>	35	<i>famotidine</i>	46
<i>digoxin</i>	38	<i>FARXIGA</i>	26
<i>DILANTIN</i>	23	<i>FASENRA</i>	57
<i>diltiazem hcl er</i>	28	<i>fenofibrate</i>	45
<i>diltiazem hcl er beads</i>	28	<i>fentanyl</i>	18
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	28, 29	<i>ferrous sulfate</i>	37
<i>dilt-xr</i>	28	<i>finasteride</i>	36
<i>dimethyl fumarate</i>	39		

SALUD FÍSICA

tingolimod	39	hydroxyurea	40
FIRMAGON	42	hydroxyzine hcl	43
First-Progesterone VGS	48	hydroxyzine pamoate	20
flecainide acetate	38		
FLUARIX QUADRIVALENT	60	I	
FLUCELVAX	60		
fluconazole	31	IBRANCE	41
fludrocortisone acetate	49	ibuprofen	18
FLULAVAL	60	icatibant acetate	47
FLUMIST	60	imatinib	41
fluorometholone	55	IMBRUVICA	41
fluorouracil	43	imipramine hcl	24
fluticasone propionate	54	imiquimod	45
fluticasone propionate diskus	56	INCRUSE ELIIPTA	56
fluticasone propionate hfa	57	indapamide	30
fluticasone-salmeterol	57	indomethacin	18
FLUZONE	60	INFED	37
FLUZONE QUADRIVALENT	60	INFLECTRA	51, 52, 59
folic acid	37	INFLIXIMAB	51
fosinopril sodium	28	insulin syringe/needle	27
FULPHILA	36	INTELENCE	35
furosemide	29	ipratropium bromide	54, 56
FUZEON	34	ISENTRESS	34
		ISENTRESS HD	34
G		isoniazid	30, 31
		isosorbide mononitrate	39
gabapentin	23	isosorbide mononitrate er	39
GARDASIL 9	60	isotretinoin	43
gemfibrozil	45	itraconazole	31
GENOTROPIN	49	ivermectin	32
gentamicin sulfate	55		
GENVOYA	34	J	
GILENYA	39		
glatiramer	39	JARDIANCE	26
glimepiride	26	JENTADUETO	25
glipizide	26	JENTADUETO XR	25
GLUCAGON EMERGENCY	25	JULUCA	34
guaifenesin-codeine	56		
		K	
H			
		KALETRA	34
HADLIMA	51	KENALOG	51
HAVRIX	60	ketoconazole	31
HEMLIBRA	47	ketorolac tromethamine	55
heparin sodium (porcine)	36		
heparin sodium (porcine) pf	36	L	
HIBERIX	60		
HUMALOG	26		
HUMALOG MIX 50/50	25	labetalol hcl	38
HUMALOG MIX 75/25	25	lacosamide	24
HUMULIN 70/30	25	lactulose	46
HUMULIN N	25	lactulose encephalopathy	46
HUMULIN R	26	lamivudine	35
hydralazine hcl	30	lamivudine-zidovudine	35
hydrochlorothiazide	30	lamotrigine	23
hydrocodone-acetaminophen	18	lamotrigine chew tab	23
hydrocortisone	44, 52, 53	LANTUS	26
hydromorphone	19	LANTUS SOLOSTAR	25
hydroxychloroquine sulfate	32	latanoprost	55

SALUD FÍSICA

leflunomide	59	metoprolol-hydrochlorothiazide	29
lenalidomide	42	metronidazole	21, 22, 44
leucovorin calcium	42	mexiletine hcl	38
LEUKERAN	40	midazolam hcl	20
leuprolide acetate	42	minocycline hcl	22
levabuterol hcl	58	minoxidil	30
levetiracetam	23	misoprostol	45, 49
levetiracetam er 24 hrs	23	M-M-R II	60
levobunolol hcl	54	modafinil	59
levocarnitine	53	mometasone furoate	44
levofloxacin	22	montelukast sodium	56
levothyroxine sodium	50	morphine sulfate	19
LEXIVA	34	morphine sulfate (concentrate)	19
lidocaine viscous	20	morphine sulfate er	18
lisinopril	28	MRESVIA	60
lisinopril-hydrochlorothiazide	28	mupirocin	44
lomustine	40	mycophenolate mofetil	52
LONSURF	42	mycophenolate sodium	52
loratadine	58	MYLERAN	40
lorazepam	20		
losartan potassium	28		
losartan potassium-hctz	28		
LOW-OGESTREL	48		
LUMIGAN	54		
LUPRON DEPOT	42		
LUPRON DEPOT-PED	42		
LYNPARZA	41		
M		N	
		Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf	53
MATULANE	42	nabumetone	18
MAVYRET	33	naloxone hcl	20
MEDROL	51	naltrexone hcl	20
medroxyprogesterone acetate	48	naproxen	18
megestrol acetate	41, 42	naproxen dr	18
meloxicam	18	neomycin-polymyxin-dexamethasone	55
melphalan	40	neomycin-polymyxin-hc	56
memantine	24	NEULASTA	36
MENQUADFI	60	NEUPOGEN	36
MENVEO	60	nevirapine	35
meperidine hcl	19	nevirapine er	35
mercaptopurine	40	NEXAVAR	41
mesalamine	52	nifedipine er osmotic	28, 29
mesalamine cap dr	52	nitrofurantoin macrocrystal	21
mesalamine tab dr	52	nitrofurantoin monohyd macro	21
MESTINON	30	nitrofurantoin oral suspension	21
metformin hcl	25	nitroglycerin	39
metformin hcl er	25	NIVESTYM	36
methadone	18	norethindrone	49
METHADONE	18	nortriptyline hcl	24
methimazole	48	NORVIR	34
methotrexate	40, 41, 59	NOVAVAX COVID-19 VACCINE	60
methyldopa	27	NURTEC	30
methylprednisolone	51, 52	nystatin	31, 43, 44
methylprednisolone (pak)	51		
metoclopramide hcl	27		
metolazone	30		
metoprolol succinate er	29		
metoprolol tartrate	29		
		O	
		OCREVUS	39
		octreotide acetate	49
		ODEFSEY	34
		ofloxacin	55
		omega-3-acid ethyl esters	45
		omeprazole	46
		OMNITROPE	49
		ondansetron	27
		ondansetron hcl	27

SALUD FÍSICA

ORENCIA	59	PROLIA	38
ORENITRAM	39	promethazine hcl	27
Orserdu	40	propafenone hcl	38
oseltamivir phosphate	33	propranolol hcl	29, 38
oxcarbazepine	23, 24	propylthiouracil	48
oxybutynin chloride	46	PROQUAD	60
oxycodone-acetaminophen	19	pyrazinamide	31
		pyridostigmine	30
		pyridostigmine bromide	30
		pyrimethamine	32
P			
PAXLOVID (150/100)	33		
PAXLOVID (300/100)	33	Q	
PEDVAX	60	quinidine gluconate er	38
PEG-3350	53	quinidine sulfate	38
penicillin g procaine	22	quinidine sulfate er	38
penicillin v potassium	21	QVAR REDIHALER	57
pentamidine isethionate	32		
pentoxifylline er	38	R	
permethrin	44	raloxifene	40
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 6M-4Y	60	RECOMBIVAX HB	60
phenazopyridine hcl	46	REESES PINWORM MEDICINE	32
phenobarbital	23	RENFLEXIS	51, 52, 59
phenytoin	23	REPATHA	45
phenytoin sodium extended	23	RESCRIPTOR	35
phytonadione	54	RETACRIT	37
PIFELTRO	34	REVLIMID	42
pilocarpine	43	rifabutin	31
pilocarpine hcl	55	RIFAMATE	31
PIN-X	32	rifampin	31
pioglitazone hcl	25	riluzole	39
pirfenidone	56	ritonavir	34
PNEUMOVAX 25	60	rivastigmine tartrate	24
polymyxin b-trimethoprim	55	rizatriptan benzoate	30
potassium chloride	53	ropinirole hcl	32
potassium chloride crys er	53	rosuvastatin	45
potassium chloride er	53	RUKOBIA	34
pramipexole dihydrochloride	32	RUXIENCE	41
pravastatin sodium	45		
praziquantel	32	S	
prednisolone	51	salsalate	18
prednisolone acetate	55	SANDOSTATIN LAR DEPOT	49
prednisolone sodium phosphate	55	SELARSDI	51
prednisone	52	selegiline hcl	33
prednisone (pak)	52	selenium sulfide	43
prenatal	53	SELZENTRY	34
prenatal 19	54	SEREVENT DISKUS	56
prenatal formula	54	SEROMYCIN	31
prenatal low iron	54	sevelamer	46
prenatal plus iron	54	SHINGRIX	60
prenatal vitamins	54	sildenafil citrate	39
PREVNAR 20 25	60	silver sulfadiazine	44
PREZCOBIX	34	SIMLANDI (1 PEN)	51
PREZISTA	34	SIMLANDI (1 SYRINGE)	51
primidone	23	SIMLANDI (2 PEN)	51
probenecid	27	SIMLANDI (2 SYRINGE)	51
prochlorperazine	27	simvastatin	45
prochlorperazine edisylate	27		
prochlorperazine maleate	27		
PROCRIIT	36, 37		

SALUD FÍSICA

<i>sirolimus</i>	52	<i>triamterene-hctz</i>	29
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	53	<i>trifluridine</i>	55
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	33	<i>TRIJARDY XR</i>	26
<i>sotalol hcl</i>	38	<i>trimethobenzamide hcl</i>	27
<i>SPIKEVAX COVID-19 VACCINE</i>	60	<i>TRIUMEQ</i>	34
<i>spironolactone</i>	29	<i>TROGARZO</i>	35
<i>stavudine</i>	35	<i>TRULICITY</i>	25
<i>STIMATE</i>	50	<i>TRUMENBA</i>	60
<i>STIVARGA</i>	40	<i>TUKYSA</i>	41
<i>STRIBILD</i>	34	<i>TWINRIX</i>	61
<i>sucralfate</i>	45	<i>TYSABRI</i>	39
<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	43		
<i>sulfadiazine</i>	22	U	
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	22	<i>ULTOMIRIS</i>	47
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	22	<i>ur n-c</i>	46
<i>sulfasalazine</i>	53	<i>URETRON D/S</i>	46
<i>sulindac</i>	18	<i>URIMAR-T</i>	46
<i>sumatriptan succinate</i>	30	<i>urin ds</i>	46
<i>sunitinib</i>	41	<i>ursodiol</i>	46
<i>SUNLENCA</i>	34		
<i>SUSTIVA</i>	35	V	
<i>SUTENT</i>	41	<i>valacyclovir</i>	33
<i>SYMBICORT</i>	57	<i>valganciclovir hcl</i>	33
<i>SYMTUZA</i>	34	<i>valproic acid</i>	23
<i>SYNAGIS</i>	56	<i>valsartan</i>	28
<i>SYNJARDY</i>	26	<i>valsartan-hctz</i>	28
<i>SYNJARDY XR</i>	26	<i>vancomycin hcl</i>	21
<i>SYNTHROID</i>	50	<i>VAQTA</i>	61
		<i>VARIVAX</i>	61
T		<i>VAXNEUVANCE</i>	61
<i>tacrolimus</i>	52	<i>VENCLEXTA</i>	41
<i>tadalafil (PAH)</i>	39	<i>VENCLEXTA STARTING PACK</i>	41
<i>Takhzyro</i>	48	<i>verapamil hcl</i>	28
<i>TALTZ</i>	43	<i>verapamil hcl er</i>	28
<i>tamoxifen citrate</i>	40	<i>VERZENIO</i>	41
<i>tamsulosin hcl</i>	36	<i>VIDEX</i>	35
<i>TDVAX</i>	60	<i>VIRACEPT</i>	35
<i>temozolomide</i>	40	<i>voriconazole</i>	31
<i>TENIVAC</i>	60		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	35	W	
<i>terazosin hcl</i>	27, 36	<i>warfarin sodium</i>	36
<i>terbinafine hcl</i>	31	<i>WEGOVY</i>	26
<i>terbutaline sulfate</i>	58	<i>Wixela</i>	57
<i>terconazole</i>	32		
<i>testosterone cypionate</i>	48	X	
<i>theophylline er</i>	58	<i>XARELTO</i>	37
<i>timolol maleate</i>	54	<i>XELJANZ</i>	58
<i>tinidazole</i>	32	<i>XELJANZ XR</i>	58
<i>TIVICAY</i>	34	<i>XTANDI</i>	41
<i>tobramycin</i>	55, 56		
<i>topiramate</i>	23, 30	Y	
<i>TRADJENTA</i>	25	<i>YESINTEK</i>	51
<i>tramadol hcl</i>	19	<i>YUSIMRY</i>	51
<i>tranexamic acid</i>	47, 48		
<i>TRECTOR</i>	31		
<i>TRELEGY ELLIPTA</i>	58		
<i>tretinoin</i>	43		
<i>triamcinolone acetonide</i>	44, 52		

SALUD FÍSICA

Z		ZIEXTENZO	36
ZEPBOUND		ZOLADEx	42
zidovudine	26	ZOMACTON	49
	35	zonisamide	23

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



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