



# Salud Física

2016-2017  
Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG





ESTADO LIBRE ASOCIADO DE  
**PUERTO RICO**

Administración de Seguros  
de Salud de Puerto Rico (ASES)

1 de julio de 2016

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

Estimado proveedor:

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

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

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

Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. El FMC y el sub-formulario que se incluyen en esta guía, pueden sufrir cambios, los cuales se notifican mediante Cartas Normativas, conforme van surgiendo.

Les exhorto a conservar esta guía para su referencia. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,

Ricardo A. Rivera Cardona  
Director Ejecutivo

Aprobado por la Comisión Estatal de Elecciones # CEE-SA-16-2758

#1571 Calle Alda Urb. Caribe San Juan Puerto Rico 00926-2706

PO Box 195661 San Juan, PR 00919-5661

Tel: 787-474-3300 Fax: 787-474-3345

**ASES**  
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

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

### 1. Formularios de Medicamentos

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

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG (FMC) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El FMC tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

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

Solo en casos excepcionales se podrán utilizar medicamentos fuera del FMC mediante el Proceso de Excepción el cual explicamos en el punto número 2.

### 2. Proceso de Excepción

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

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

Este proceso de excepción requiere justificación clínica, debidamente documentada por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifiquen la utilización de medicamentos fuera del FMC, lo cual será evaluado caso a caso por un equipo clínico en la/s aseguradora/s contratadas por ASES.

### 3. Otros aspectos de la cubierta de farmacia

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes como primera opción.
- B. Las compañías aseguradoras o el TPA (“Third Party Administrator”), y los proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Manager* o “PBM”) contratado por ASES.

- C. ASES tiene un proceso activo para revisar continuamente la cubierta de farmacia según cambios o avances en estándares de la práctica médica dentro de una enfermedad o área de tratamiento. Además, se evalúan medicamentos nuevos para determinar su inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro del FMC en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar cambios a los beneficiarios y los proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición que salvaguarde el acceso adecuado a los servicios y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán registrarse por un formulario distinto al FMC, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el FMC de ASES. Las compañías aseguradoras serán responsables de fiscalizar a sus proveedores y empleados en cuanto al cumplimiento con estas disposiciones.
- E. El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 30 días con tres repeticiones o noventa (90) días, excepto al comienzo de terapia cuando, por criterio médico, se podrá recetar un mínimo de quince (15) días con el objetivo de reevaluar cumplimiento y tolerancia. El Plan de Salud del Gobierno determina que se cubrirá una receta y un máximo de cinco (5) repeticiones (“refills”). Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia por doce (12) meses, a menos de ser un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá un (1) despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.
- G. Se requiere el uso de genéricos-bioequivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), clasificados “AB”, así como autorizados bajo la reglamentación local que aplique en Puerto Rico.
- H. La inexistencia de inventarios adecuados de medicamentos bioequivalentes, no exime el despacho del medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Como regla general, sólo deberán despachar medicamentos genéricos-bioequivalentes siempre y cuando exista un genérico-bioequivalente para el medicamento de marca correspondiente, a menos que a pesar de su existencia, ASES determine cubrir el medicamento de marca o cubrir ambos, en cuyo caso típicamente se manejará por el mecanismo de excepción.
- I. Las órdenes de medicamentos (recetas) serán despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionadas por el beneficiario.
- J. El derecho de libre selección requiere la disponibilidad de una farmacia razonablemente accesible a cada asegurado. El PBM es la entidad encargada de contratar la red de farmacias, según los términos especificados por ASES.



Los medicamentos recetados deberán ser entregados posterior a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica a la farmacia. El tiempo de despacho del medicamento no debe exceder las 72 horas. Los medicamentos que requieran una PA deben ser aprobados en 72 horas o menos, a excepción de las PA expéditas las cuales deben ser trabajadas en 24 horas o menos. Si el medicamento no está disponible en la farmacia, el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia; de ser receta electrónica, debe contactar a su médico para que la envíe a otra farmacia de su elección.

#### **4. Regla de Emergencia**

Los productos que aparecen en el Formulario de Emergencia Integrado (FEI), se despacharán para (5) días laborables, excepto en los casos que así se especifiquen.

Lo mismo aplica a los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos los cuales también se despacharán en cantidades suficientes para (5) días laborables.

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

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



# Salud Física

2016-2017

Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG



**PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO**

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC)  
2016 – 2017**

**TABLA DE CONTENIDO**

ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA.....	3
DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO (PSG).....	3
DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2016-2017.....	15
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL .....	15
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	16
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] .....	17
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	17
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales].....	17
Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración] .....	17
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración] .....	18
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] .....	19
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	19
ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD].....	19
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	19
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos].....	20
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .....	20
Aminoglycosides [Aminoglucósidos].....	20
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación] .....	20
Macrolides [Macrólidos].....	20
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] .....	21
Quinolones [Quinolonas] .....	22
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación] .....	22
Sulfonamides [Sulfonamidas] .....	22
Tetracyclines [Tetraciclinas] .....	23
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación] .....	23

Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales] .....	23
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] .....	23
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes] .....	23
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA] .....	25
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia].....	25
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa] .....	25
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA] .....	25
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS] .....	26
Tricyclic Agents [Agentes Tricíclicos] .....	26
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS].....	26
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa].....	26
Biguanides [Biguanidas] .....	26
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4] .....	26
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos].....	27
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas].....	27
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin] .....	27
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia] .....	27
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración] .....	27
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración] .....	27
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración] .....	27
Sulfonylureas [Sulfonilureas] .....	28
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES] .....	28
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas] .....	28
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] .....	28
5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3] .....	28
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	28
Phenothiazines [Fenotiazinas] .....	28
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA] .....	29
Antigout Agents [Agentes Antigota] .....	29
Uricosurics [Uricosúricos] .....	29
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS].....	29
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos] .....	29
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	29



Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II] .....	29
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin] .....	29
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio] .....	30
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica] .....	31
Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos] .....	31
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] .....	31
Loop Diuretics [Diuréticos del Asa] .....	32
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos] .....	32
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio] .....	32
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas] .....	32
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores] .....	33
Vasodilators [Vasodilatadores] .....	33
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA] .....	33
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos] .....	33
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina] .....	33
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS] .....	33
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos] .....	33
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS] .....	34
Antituberculars [Antituberculosos] .....	34
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos] .....	34
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS] .....	34
Antifungals [Antifungales] .....	34
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales] .....	34
Antimalarials [Antimaláricos] .....	35
Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráricos] .....	35
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS] .....	35
Anthelmintics [Antihelmínticos] .....	35
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] .....	35
Anticholinergics [Anticolinérgicos] .....	35
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson] .....	35
Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina] .....	36
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B] .....	36

Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	36
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....	36
Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales].....	36
Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa].....	37
Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos].....	37
Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]	37
Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa].....	37
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]</b> .....	<b>38</b>
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa].....	38
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	38
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b> .....	<b>38</b>
Anticoagulants [Anticoagulantes] .....	38
Cobalamins [Cobalaminas] .....	39
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides] .....	39
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis] .....	39
Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa] .....	40
Folates [Folatos] .....	40
Iron [Hierro] .....	40
Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular] .....	41
Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas] .....	41
<b>BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]</b> .....	<b>41</b>
Bisphosphonates [Bifosfonatos] .....	41
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]</b> .....	<b>42</b>
Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II] .....	42
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A] .....	42
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	42
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	42
Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III] .....	42
Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente].....	42
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos] .....	43
Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar] .....	43

Vasodilators [Vasodilatadores] .....	43
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL] .....	43
Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple] .....	43
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] .....	44
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes] .....	44
Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis] .....	44
Antiandrogens [Antiandrógenos] .....	44
Antiestrogens [Antiestrógenos] .....	44
Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal] .....	45
Antimetabolites [Antimetabolitos] .....	45
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores de Enzimas] .....	45
Appetite Stimulants [Estimulantes de Apetito] .....	45
Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa] .....	45
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico] .....	45
Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH] .....	46
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos] .....	46
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos] .....	46
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] .....	46
Antifungals [Antifungales] .....	46
Oral Antiseptics [Antisépticos Orales] .....	47
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] .....	47
Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné] .....	47
Acne Products [Productos para el Acné] .....	47
Antihistamines [Antihistamínicos] .....	47
Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea] .....	47
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel] .....	47
Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia] .....	47
High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia] .....	48
Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia] .....	48
Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia] .....	48
Pediculicides and Scabicides [Pediculidas y Escabicidas] .....	48
Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel] .....	48
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos] .....	48

Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos].....	48
DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....	49
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Acidos Biliares] .....	49
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico] .....	49
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA] .....	49
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	49
Antispasmodics [Antiespasmódicos].....	49
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras].....	49
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas] .....	49
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2].....	50
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos] .....	50
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones].....	50
Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales] .....	50
GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS].....	50
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos] .....	50
Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato].....	50
Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios] .....	50
Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios] .....	50
HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS] .....	51
Antihemophilic Products [Productos Antithemofílicos].....	51
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES].....	52
Androgens [Andrógenos].....	52
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide] .....	52
Calcimimetics [Calcimiméticos] .....	52
Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina] .....	53
Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea] .....	53
Estrogens [Estrógenos] .....	53
Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas] .....	53
Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento].....	53
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] .....	54
Prostaglandins [Prostaglandinas].....	54
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina] .....	54
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	54



Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina] .....	55
IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS] .....	55
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)] .....	55
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....	56
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	56
Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes] .....	57
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL] .....	57
Aminosalicylates [Aminosalicilatos] .....	57
Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)] .....	58
Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia] .....	58
Sulfonamides [Sulfonamidas] .....	58
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS] .....	58
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio] .....	58
Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina] .....	59
Chelating Agents [Agentes Quelantes] .....	59
Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales] .....	59
Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio] .....	59
Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales] .....	59
Vitamin K [Vitamina K] .....	60
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES] .....	60
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad] .....	60
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales] .....	60
NASAL AGENTS [AGENTES NASALES] .....	60
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales] .....	60
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos] .....	60
Nasal Steroids [Esteroides Nasales] .....	60
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS] .....	60
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma] .....	60
Miotics [Mióticos] .....	61
Mydriatics [Midriáticos] .....	61
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] .....	61
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos] .....	61
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos] .....	61

Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	61
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos].....	62
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS].....	62
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos] .....	62
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos] .....	62
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	62
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos] .....	62
Antileukotrienes [Antileukotrienos] .....	62
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos].....	62
Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis] .....	63
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	63
Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes].....	63
Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa].....	63
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos].....	64
RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE] .....	64
Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)] .....	64
Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos] .....	64

## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PSG (FMC) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2016-2017

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

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST

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

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

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

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

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

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

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

## MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	CLINORIL	
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	Non-Preferred	CELEBREX	ST
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	2	Non-Preferred	INDOCIN	QL= 15 días
<i>celecoxib 200 mg cap, 400 mg cap</i>	5	Non-Preferred	CELEBREX	ST
<i>celecoxib 100 mg cap</i>	7	Non-Preferred	CELEBREX	ST
<b>Long-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Larga Duración]</b>				
<i>fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	Preferred	DURAGESIC	
<i>fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	3	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	3	Preferred	MORPHINE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	4	Preferred	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	4	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	Preferred	MORPHINE	
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>		Preferred	METHADONE	ASSMCA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/ 5ml</i>		Preferred	METHADONE	ASSMCA
<b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes de Corta Duración]</b>				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln, 300-15 mg tab, 300-30 mg tab, 300-60 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	1	Preferred	FIORICET	
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 7.5-500 mg/15ml soln</i>	1	Preferred	VICODIN	
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	DILAUDID	
<i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	Preferred	MORPHINE	
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	Preferred	OXYCODONE APAP	
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	2	Preferred	FIORICET	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>codeine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab</i>	2	Preferred	CODEINE	
<i>meperidine hcl 100 mg/ml inj soln</i>	2	Preferred	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln</i>	2	Preferred	MORPHINE	
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	Preferred	DILAUDID	
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	3	Preferred	OXYCODONE APAP	
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	Preferred	DILAUDID	
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
Local Anesthetics [Anestésicos Locales]				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	
<b>ANTIANSIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANSIEDAD]</b>				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>diazepam 1 mg/ml soln, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml oral conc</i>	1	Preferred	VALIUM	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	DALMANE	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	MENTAL/ SUB MENTAL QL= 5días

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>midazolam hcl 10 mg/10ml inj soln, 2 mg/2ml inj soln, 5 mg/5ml inj soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VERSED	QL 5mg / 30días
<b>Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]</b>				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>Aminoglycosides [Aminoglucósidos]</b>				
<i>streptomycin sulfate 1 gm im soln</i>	4	Preferred	STREPTOMYCIN	
<i>tobramycin 300 mg/5ml inh neb soln</i>	18	Non-Preferred	TOBI	PA
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Primera Generación]</b>				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Non-Preferred	DURICEF	AL ≤ 12 años
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Non-Preferred		
<b>Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	FLAGYL	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	1	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACRODANTIN	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACROBID	
<i>vancomycin hcl 125 mg cap</i>	9	Non-Preferred	VANCOCIN	
<i>vancomycin hcl 250 mg cap</i>	10	Non-Preferred	VANCOCIN	
<b>Penicillinis [Penicilinas]</b>				
<i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg tab chew, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i>	1	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg tab chew, 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml susp, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	
<i>amoxicillin 125 mg tab chew</i>	2	Preferred	AMOXIL	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg tab chew</i>	2	Preferred	AUGMENTIN	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Non-Preferred		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Non-Preferred	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Non-Preferred		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Non-Preferred		
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	Preferred	CIPRO	
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	
<b>Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Segunda Generación]</b>				
<i>cefaclor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	Preferred	SULFADIAZINE	
<b>Tetracyclines [Tetraciclinas]</b>				
<i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	MINOCIN	
<i>demeclocycline hcl 150 mg tab, 300 mg tab</i>	2	Preferred	DECLOMYCIN	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	2	Non-Preferred	VIBRAMYCIN	
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap, 100 mg tab</i>	3	Non-Preferred	VIBRAMYCIN	
<i>tetracycline hcl 250 mg cap</i>	4	Non-Preferred	ACHROMYCIN	
<i>tetracycline hcl 500 mg cap</i>	5	Non-Preferred	ACHROMYCIN	
<b>Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas de Tercera Generación]</b>				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	
<b>Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]</b>				
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	VANAZOLE	
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Non-Preferred	CLEOCIN	
<b>ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]</b>				
<b>Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]</b>				
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	1	Preferred	TEGRETOL	
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	KEPPRA	
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	1	Preferred	TRILEPTAL	
<i>phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab</i>	1	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MYSOLINE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DEPAKENE	
<i>zonisamide 50 mg cap</i>	1	Preferred	ZONEGRAN	
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	NEURONTIN	
<i>levetiracetam 100 mg/ml soln, 1000 mg tab, 750 mg tab</i>	2	Preferred	KEPPRA	
<i>oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab</i>	2	Preferred	TRILEPTAL	
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	2	Preferred	DILANTIN	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	2	Preferred	DILANTIN	
TEGRETOL-XR 100 mg tab er 12 hr	2	Preferred		
<i>zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap</i>	2	Preferred	ZONEGRAN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>carbamazepine er 200 mg tab er 12 hr</i>	3	Preferred	TEGRETOL	
<i>divalproex sodium 125 mg cap sprinkle</i>	3	Preferred	DEPAKOTE	
<i>ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln</i>	3	Preferred	ZARONTIN	
<i>phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln</i>	3	Preferred	PHENOBARBITAL	
<i>carbamazepine 100 mg/5ml susp</i>	4	Preferred	TEGRETOL	
<i>carbamazepine er 400 mg tab er 12 hr</i>	4	Preferred	TEGRETOL	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml susp</i>	4	Preferred	TRILEPTAL	
VIMPAT 10 mg/ml soln, 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	5	Preferred		PA, C
VIMPAT 200 mg tab, 200 mg/20ml iv soln	6	Preferred		PA, C
<i>tiagabine hcl 4 mg tab</i>	8	Non-Preferred	GABITRIL	PA, ST, QL= 30días
<b>ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]</b>				
Antidementia Agents [Agentes Antidemencia]				
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	6	Non-Preferred	HYDERGINE	
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores de Colinesterasa]				
<i>donepezil hcl 10 mg tab, 10 mg odt, 5 mg tab, 5 mg odt</i>	1	Preferred	ARICEPT	
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	3	Preferred	EXELON	
NMDA Receptor Antagonists [Antagonista del Receptor NMDA]				
<i>memantine 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	
<i>memantine TITRATION PAK 5 (28)-10 (21) mg tab</i>	1	Preferred	NAMENDA	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>				
Tricyclic Agents [Agentes Tricíclicos]				
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	Preferred	ELAVIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOFRANIL	MENTAL, SUB MENTAL
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	PAMELOR	MENTAL, SUB MENTAL
<i>doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	Preferred	SINEQUAN	MENTAL, SUB MENTAL
<i>duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap</i>	2	Preferred	CYMBALTA	
<b>ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]</b>				
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores de Alfa Glucosidasa]				
<i>acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	Preferred	PRECOSE	
Biguanides [Biguanidas]				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	
<i>metformin hcl er 500 mg tab er 24 hr, 750 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE XR	
Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors [Inhibidores de DPP-4]				
KAZANO 12.5-1000 mg tab, 12.5-500 mg tab	2	Preferred		ST, C
KOMBIGLYZE XR 2.5-1000 mg tab er 24 hr, 5-1000 mg tab er 24 hr, 5-500 mg tab er 24 hr	3	Preferred		ST, C
NESINA 12.5 mg tab, 25 mg tab, 6.25 mg tab	3	Preferred		ST, C

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ONGLYZA 2.5 mg tab, 5 mg tab	3	Preferred		ST, C
OSENI 12.5-15 mg tab, 12.5-30 mg tab, 12.5-45 mg tab, 25-15 mg tab, 25-30 mg tab, 25-45 mg tab	3	Preferred		ST, C
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]				
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		
Insulin Mixtures [Mezclas de Insulinas]				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		C
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		C
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		C
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes de Insulin]				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas de Duración Intermedia]				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		C
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	2	Preferred		C
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		C
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		C
Short-Acting Insulins [Insulinas de Corta Duración]				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		C

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Sulfonylureas [Sulfonilureas]</b>				
<i>glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	AMARYL	
<i>glipizide 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOTROL	
<b>DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]</b>				
<b>Needles &amp; Syringes [Agujas y Jeringuillas]</b>				
<i>insulin syringe/needle</i>	1	Preferred		
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>				
<b>5-Hydroxytryptamine 3 (5-HT3) Antagonists [Antagonistas de 5-HT3]</b>				
<i>ondansetron 4 mg odt, 8 mg odt</i>	1	Preferred	ZOFRAN ODT	
<i>ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	Preferred	ZOFRAN	
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>				
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	REGLAN	
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr, 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	PHENERGAN	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	Preferred	TIGAN	
<b>Phenothiazines [Fenotiazinas]</b>				
<i>prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	Non-Preferred	COMPAZINE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]</b>				
Antigout Agents [Agentes Antigota]				
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ZYLOPRIM	
<i>colchicine 0.6 mg cap</i>	5	Preferred	MITIGARE	QL= 30días
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	2	Preferred	COLCRYS	QL= 3 tab, 15días
Uricosurics [Uricosúricos]				
<i>probenecid 500 mg tab</i>	1	Preferred	BENEMID	
<b>ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]</b>				
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]				
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	
<i>methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ALDOMET	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]				
<i>irbesartan 150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab</i>	1	Preferred	AVAPRO	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	AVALIDE	
<i>losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	COZAAR	
<i>losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab</i>	1	Preferred	HYZAAR	
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensin]				
<i>enalapril maleate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Non-Preferred	VASOTEC	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab</i>	1	Non-Preferred	VASERETIC	
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MONOPRIL	
<i>lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTRIL	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab</i>	1	Preferred	ZESTORETIC	
<b>Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores de Canales de Calcio]</b>				
<i>amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	NORVASC	
<i>diltiazem hcl 120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab</i>	1	Preferred	CARDIZEM	
<i>diltiazem hcl er 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>diltiazem hcl er beads 120 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>dilt-xr 120 mg cap er 24 hr, 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	DILACOR XR	
<i>nifedipine er 30 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	ADALAT CC	
<i>nifedipine er osmotic 30 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	PROCARDIA XL	
<i>verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	CALAN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>verapamil hcl er 120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er</i>	1	Preferred	CALAN SR	
<i>diltiazem hcl er 360 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er beads 180 mg cap er 24 hr, 240 mg cap er 24 hr, 300 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	TIAZAC	
<i>diltiazem hcl er coated beads 300 mg cap er 24 hr</i>	2	Preferred	CARDIZEM CD	
<i>nifedipine er 60 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	ADALAT CC	
<i>nifedipine er osmotic 60 mg tab er 24 hr, 90 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	PROCARDIA XL	
<b>Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores de Anhidrasa Carbónica]</b>				
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	Preferred	DIAMOX	
<b>Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	TOPROL XL	
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Non-Preferred	TOPROL XL	
<b>Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Non-Preferred	LOPRESSOR HCT	
<b>Loop Diuretics [Diuréticos del Asa]</b>				
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Non-Preferred	BUMEX	
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 8 mg/ml soln, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	
<b>Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 20 mg/5ml soln, 40 mg tab, 40 mg/5ml soln, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Non-Preferred	INDERAL	
<b>Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores de Potasio]</b>				
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ALDACTONE	
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	Preferred	MAXZIDE	
<b>Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]</b>				
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	DIURIL	
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Non-Preferred	HYGROTON	
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LOZOL	
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Non-Preferred	ZAROXOLYN	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	HYGROTON	
<i>metolazone 10 mg tab</i>	2	Non-Preferred	ZAROXOLYN	
<b>Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]</b>				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	
<i>labetalol hcl 100 mg tab</i>	1	Non-Preferred	NORMODYNE	
<i>labetalol hcl 200 mg tab, 300 mg tab</i>	2	Non-Preferred	NORMODYNE	
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	
<i>minoxidil 10 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LONITEN	
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]</b>				
<b>Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]</b>				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	
<i>divalproex sodium 125 mg cap sprinkle</i>	2	Preferred	DEPAKOTE	
<b>Serotonin (5-HT) Receptor Agonists [Agonistas Del Receptor De Serotonina]</b>				
<i>sumatriptan succinate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMITREX	QL= 6 tab
<b>ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]</b>				
<b>Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]</b>				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Non-Preferred		

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	6	Non-Preferred	MESTINON	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
Antituberculars [Antituberculosos]				
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ISONIAZID	
<i>rifampin 150 mg cap</i>	1	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	2	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PYRAZINAMIDE	
<i>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Non-Preferred	MYAMBUTOL	
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Non-Preferred	ISONIAZID	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>			MYCOBUTIN	Puerto Rico Health Department Tuberculosis Control Program
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
RIFAMATE 50-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
CAPASTAT 1 gm inj				
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]				
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	Preferred	DAPSONE	
<b>ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]</b>				
Antifungals [Antifungales]				
<i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DIFLUCAN	
<i>ketconazole 200 mg tab</i>	1	Preferred	NIZORAL	
<i>nystatin 100000 unit/gm crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	Preferred	LAMISIL	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	2	Preferred	DIFLUCAN	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>		Preferred	SPORANOX	MESTINON /SIDA
Vaginal Antifungals [Antifungales Vaginales]				
<i>terconazole 0.4 % vag crm, 0.8 % vag crm</i>	2	Preferred	TERAZOL	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Antimalarials [Antimaláricos]</b>				
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ARALEN	
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	Preferred	PLAQUENIL	
DARAPRIM 25 mg tab	19	Non-Preferred		PA
<b>Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaráticos]</b>				
NEBUPENT 300 mg inh soln	4	Non-Preferred		PA
<b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>				
<b>Anthelmintics [Antihelmínticos]</b>				
PIN-X 720.5 mg chew tab	1	Preferred		
REESES PINWORM MEDICINE 144 mg/ml Susp	1	Preferred		
BILTRICIDE 600 mg tab	7	Non-Preferred		PA
<b>ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]</b>				
<b>Anticholinergics [Anticolinérgicos]</b>				
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	COGENTIN	
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tab</i>	1	Preferred	ARTANE	
<i>trihexyphenidyl hcl 5 mg tab</i>	1	Preferred	ARTANE	
<b>Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]</b>				
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	1	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>	1	Preferred	MIRAPEX	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	REQUIP	
<i>ropinirole hcl 2 mg tab</i>	2	Preferred	REQUIP	
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab</i>	4	Non-Preferred	STALEVO	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	5	Non-Preferred	STALEVO	
<b>Dopamine Precursors [Precusores de Dopamina]</b>				
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	1	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	2	Preferred	SINEMET	
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	Preferred	SINEMET CR	
<b>Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors [Inhibidores de MAO-B]</b>				
<i>selegiline hcl 5 mg tab</i>	3	Non-Preferred	CARBEX	
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
<b>Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]</b>				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Non-Preferred	VALCYTE	PA
<b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	
<b>Antiretroviral Combinations [Combinaciones Antiretrovirales]</b>				
EPZICOM 600-300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE INMUNOLOGÍA
ATRIPLA 600-200-300 mg tab				

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Integrase Inhibitors [Inhibidores de la Integrasa]</b>				
ISENTRESS potassium 400 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
<b>Miscellaneous Anti-HIV Agents [Agentes Anti-VIH Misceláneos]</b>				
SELZENTRY 300 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
FUZEON subcutaneous kit 90 mg				
<b>Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa]</b>				
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	1	Preferred	VIRAMUNE	
<i>nevirapine 50 mg/5ml susp</i>	5	Non-Preferred	VIRAMUNE	
RESCRIPTOR 200 mg tab	6	Non-Preferred		
SUSTIVA 50 mg cap, 200 mg cap	6	Preferred		C
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24 hr</i>	7	Non-Preferred	VIRAMUNE XR	
SUSTIVA 600 mg tab	7	Preferred		C
INTELENCE 200 mg tab				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE IMMUNOLOGÍA
<b>Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de la Transcriptasa Reversa]</b>				
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	2	Preferred	RETROVIR	
<i>stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>	3	Preferred	ZERIT	
<i>didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr</i>	4	Non-Preferred	ZIAGEN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
EPIVIR 10 mg/ml soln	4	Non-Preferred		
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	4	Non-Preferred	EPIVIR	
<i>zidovudine 100 mg cap, 50 mg/5ml syr</i>	4	Non-Preferred	RETROVIR	
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	5	Non-Preferred	ZIAGEN	
<i>didanosine 400 mg cap dr</i>	5	Non-Preferred	ZIAGEN	
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	5	Non-Preferred	EPIVIR	
VIDEX 2 gm soln	5	Non-Preferred		
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	6	Non-Preferred	EPIVIR	
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	6	Non-Preferred	COMBIVIR	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	10	Non-Preferred	TRIZIVIR	
EMTRIVA 200 mg cap				CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO - CLÍNICAS DE INMUNOLOGÍA
VIREAD 300 mg tab				
TRUVADA 200-300 mg tab			TRUVADA	
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]</b>				
5-Alpha Reductase Inhibitors [Inhibidores de 5-Alfa Reductasa]				
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROSCAR	
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]				
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	Preferred	FLOMAX	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
Anticoagulants [Anticoagulantes]				
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	COUMADIN	
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	2	Preferred	HEPARIN	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	8	Preferred	HEPARIN	
<b>Cobalamins [Cobalaminas]</b>				
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	Preferred	VIT B-12	
<b>Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]</b>				
NEUPOGEN 300 mcg/0.5ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 480 mcg/1.6ml inj soln	10	Preferred		PA, C
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, C
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, C
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12	Preferred		PA, C
<b>Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes de Eritropoiesis]</b>				
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1	Preferred		PA, C
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7	Preferred		PA, C

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 150 mcg/0.3ml inj soln, 150 mcg/0.75ml inj soln, 200 mcg/0.4ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 300 mcg/0.6ml inj soln, 300 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln, 60 mcg/0.3ml inj soln	9	Preferred		PA, C
PROCRIPT 20000 unit/ml inj soln	9	Preferred		PA, C
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11	Preferred		PA, C
PROCRIPT 40000 unit/ml inj soln	11	Preferred		PA, C
<b>Factor Xa Inhibitors [Inhibidores Del Factor Xa]</b>				
ELIQUIS 2.5 mg tab	4	Preferred		PA, C
XARELTO 10 mg tab	4	Preferred		PA, C
ELIQUIS 5 mg tab	5	Preferred		PA, C
XARELTO 15 mg tab, 20 mg tab	5	Preferred		PA, C
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 mg oral tablet therapy pack	5	Preferred		PA, C
<b>Folates [Folatos]</b>				
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	Preferred	FOLIC ACID	OTC
<b>Iron [Hierro]</b>				
<i>ferrous sulfate 325 (65 fe) mg tab</i>	1	Preferred	IRON	OTC
INFED 50 mg/ml inj soln	5	Non-Preferred		

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Low Molecular Weight Heparins [Heparinas de Bajo Peso Molecular]</b>				
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml sc soln, 40 mg/0.4ml sc soln</i>	5	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 300 mg/3ml inj soln, 60 mg/0.6ml sc soln, 80 mg/0.8ml sc soln</i>	7	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml sc soln</i>	9	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 120 mg/0.8ml sc soln</i>	10	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<i>enoxaparin sodium 150 mg/ml sc soln</i>	14	Non-Preferred	LOVENOX	PA
<b>Platelet Modifying Agents [Modificadores de Plaquetas]</b>				
<i>aspirin 325 mg tab, 325 mg tab dr, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>aspirin low dose 81 mg tab, 81 mg tab dr</i>	1	Preferred	ASPIRIN	OTC
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	PLETAL	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	Preferred	PLAVIX	
EFFIENT 10 mg tab, 5 mg tab	4	Preferred		PA, C
<b>BONE DENSITY REGULATORS [REGULADORES DE DENSIDAD ÓSEA]</b>				
<b>Bisphosphonates [Bifosfonatos]</b>				
<i>alendronate sodium 10 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab, 70 mg tab</i>	1	Preferred	FOSAMAX	
<i>etidronate disodium 400 mg tab</i>	6	Non-Preferred	DIDRONEL	PA
<i>pamidronate disodium 6 mg/ml inj soln, 30 mg/10ml inj soln, 90 mg/10 ml inj soln</i>	4	Preferred		PA

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]</b>				
<b>Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	BETAPACE	
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	
<b>Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]</b>				
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINAGLUTE	
<i>quinidine sulfate er 300 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	
<b>Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]</b>				
<i>mexiletine hcl 150 mg cap, 250 mg cap</i>	2	Preferred	MEXITIL	
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	3	Preferred	MEXITIL	
<b>Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]</b>				
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	1	Preferred	RYTHMOL	
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	2	Preferred	TAMBOCOR	
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	3	Preferred	RYTHMOL	
<b>Antiarrhythmics Type III [Antiarrítmicos Tipo III]</b>				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	
<i>amiodarone hcl 400 mg tab</i>	4	Preferred	CORDARONE	
<b>Intermittent Claudication Agents [Agentes Para La Claudicación Intermitente]</b>				
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	1	Preferred	TRENTAL	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]</b>				
<i>digox 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
<i>digoxin 0.05 mg/ml soln, 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	
<b>Pulmonary Hypertension Agents [Agentes Para Hipertensión Pulmonar]</b>				
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	Preferred	REVATIO	PA
ADEMPAS 0.5 mg tab	15	Preferred		PA, C
ADEMPAS 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab	16	Preferred		PA, C
ADEMPAS 2.5 mg tab	17	Preferred		PA, C
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	
<i>nitroglycerin 0.2 mg/hr td patch 24hr</i>	1	Preferred	NITRODUR	
NITROSTAT 0.3 mg tab sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub	1	Preferred		
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr td patch 24hr, 0.4 mg/hr td patch 24hr, 0.6 mg/hr td patch 24hr</i>	2	Non-Preferred	NITRODUR	
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS [AGENTES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL]</b>				
<b>Multiple Sclerosis Agents [Agentes para Esclerosis Múltiple]</b>				
AMPYRA 10 tab er 12hr	9	Preferred		PA, C
COPAXONE 20 mg/ml sc kit	12	Preferred		PA, C
COPAXONE 40 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe	13	Preferred		PA, C
AVONEX 30 mcg im kit	13	Preferred		PA, C

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
AVONEX PEN 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
AVONEX PREFILLED 30 mcg/0.5ml im kit	13	Preferred		PA, C
GILENYA 0.5 mg cap	13	Preferred		PA, C
TYSABRI intravenous concentrate 300 mg/15ml	13	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120 mg cap dr	13	Preferred		PA, C
TECFIDERA 240 mg cap dr	13	Preferred		PA, C
TECFIDERA 120-240 MG misc	13	Preferred		PA, C
BETASERON 0.3 mg sc kit	16	Preferred		PA, C
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>				
<b>Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]</b>				
<i>lomustine 10 mg cap</i>	3	Non-Preferred	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4	Non-Preferred		
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	4	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>lomustine 40 mg cap</i>	5	Non-Preferred	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6	Non-Preferred		
<i>lomustine 100 mg cap</i>	6	Non-Preferred	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7	Non-Preferred		
<i>temozolomide 20 mg cap</i>	9	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 250 mg cap</i>	11	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 140 mg cap</i>	13	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	14	Non-Preferred	TEMODAR	PA
<b>Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]</b>				
STIVARGA 40 mg tab	21	Preferred		PA, C
<b>Antiandrogens [Antiandrógenos]</b>				
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	Preferred	CASODEX	
<i>flutamide 125 mg cap</i>	4	Non-Preferred	EULEXIN	PA
<b>Antiestrogens [Antiestrógenos]</b>				
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	NOLVADEX	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Vaginal Estrogens [Estrógenos Vaginal]</b>				
VAGIFEM 10 mcg vag tab	3	Non-Preferred		
<b>Antimetabolites [Antimetabolitos]</b>				
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	Preferred	HYDREA	
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	Preferred	PURINETHOL	
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	
<i>capecitabine 150 mg tab</i>	7	Non-Preferred	XELODA	PA
<i>capecitabine 500 mg tab</i>	11	Non-Preferred	XELODA	PA
<b>Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores de Enzimas]</b>				
SPRYCEL 20 mg tab	10	Preferred		PA, C
SPRYCEL 50 mg tab	13	Preferred		PA, C
SPRYCEL 70 mg tab	14	Preferred		PA, C
SPRYCEL 80 mg tab	17	Preferred		PA, C
TASIGNA 150 mg cap	18	Preferred		PA, C
GLEEVEC 100 mg tab	19	Preferred		PA, C
SPRYCEL 100 mg tab	19	Preferred		PA, C
AFINITOR 2.5 mg tab	20	Preferred		PA, C
NEXAVAR 200 mg tab	20	Preferred		PA, C
SPRYCEL 140 mg tab	20	Preferred		PA, C
AFINITOR 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	21	Preferred		PA, C
TASIGNA 200 mg cap	22	Preferred		PA, C
GLEEVEC 400 mg tab	23	Preferred		PA, C
<b>Apetite Stimulants [Estimulantes de Apetito]</b>				
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	Preferred	MEGACE	
<b>Aromatase Inhibitors [Inhibidores de la Aromatasa]</b>				
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	Preferred	ARIMIDEX	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	FEMARA	
<b>Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas de Ácido Fólico]</b>				
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	Preferred	LEUCOVORIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	Preferred	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</i>	9	Non-Preferred	LEUCOVORIN	
<b>Luteinizing Hormone-Releasing (LHRH) Analogs [Análogos De LHRH]</b>				
LUPRON DEPOT 45 mg im kit	2	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit	6	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 7.5 mg im kit	8	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	8	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	9	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg (ped) im kit	9	Preferred		PA, C
LUPRON DEPOT-PED 30 mg (ped) im kit	10	Preferred		PA, C
<b>Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]</b>				
MATULANE 50 mg cap	10	Non-Preferred		PA
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25	Non-Preferred		PA
<b>Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]</b>				
<i>etoposide 50 mg cap</i>	4	Non-Preferred	VEPESID	
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES]</b>				
<b>Antifungals [Antifungales]</b>				
<i>clotrimazole 10 mg mouth/throat lozenge, 10 mg mouth/throat troche</i>	1	Preferred	MYCELEX	
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Oral Antiseptics [Antisépticos Orales]</b>				
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	PERIDEX	
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>				
<b>Acne Antibiotics [Antibióticos para Acné]</b>				
<i>sulfacetamide sodium-sulfur 10-5 % external emulsion</i>	1	Preferred	SULFACET R	
<i>clindamycin phosphate 1 % soln</i>	2	Preferred	CLEOCIN T	
<i>erythromycin 2 % gel, 2 % soln</i>	2	Preferred	ERYGEL	
<b>Acne Products [Productos para el Acné]</b>				
<i>tretinoin 0.01 % gel, 0.025 % crm, 0.025 % gel, 0.05 % crm, 0.1 % crm</i>	2	Preferred	RETIN A	AL < 21 años
<b>Antihistamines [Antihistamínicos]</b>				
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 10 mg/5ml soln, 10 mg/5ml syr, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ATARAX	
<b>Antipsoriatics [Antipsoriáticos]</b>				
<b>STELARA</b> <i>sc sol 45mg/0.5ml, 90mg/ml</i>	15	Preferred		PA, C
<b>Antiseborrheic Products [Productos Antiseborrea]</b>				
<i>selenium sulfide 2.5 % lot</i>	1	Preferred	SELSUN	
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<b>Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos para Cáncer de la Piel]</b>				
<i>fluorouracil 2 % soln, 5 % soln</i>	3	Preferred	EFUDEX	
<i>fluorouracil 5 % crm</i>	4	Non-Preferred	EFUDEX	
<b>Very High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Muy Alta Potencia]</b>				
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % crm</i>	3	Non-Preferred	DIPROLENE	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % oint</i>	4	Non-Preferred	DIPROLENE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>High Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Alta Potencia]</b>				
<i>mometasone furoate 0.1 % oint</i>	1	Preferred	ELOCON	
<b>Medium Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Mediana Potencia]</b>				
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % crm, 0.1 % oint, 0.5 % crm, 0.5 % oint</i>	1	Preferred	KENALOG	
<i>betamethasone valerate 0.1 % crm, 0.1 % lot, 0.1 % oint</i>	1	Preferred	DIPROLENE	
<b>Low Potency Topical Glucocorticoids [Glucocorticoides Tópicos de Baja Potencia]</b>				
<i>hydrocortisone 2.5 % crm, 2.5 % lot, 2.5 % oint</i>	1	Preferred	HYDROCORTISONE	
<b>Pediculicides and Scabicides [Pediculicidas y Escabicidas]</b>				
<i>permethrin 5 % crm</i>	3	Preferred	ELIMITE	QL= 60 gm.
<i>lindane 1 % lot</i>	4	Non-Preferred	LINDANE	QL = 60 cc, ST
<b>Topical Skin Antibiotics [Antibióticos Tópicos para la piel]</b>				
<i>mupirocin 2 % oint</i>	1	Preferred	BACTROBAN	
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	1	Preferred	SILVADENE	
<i>metronidazole 0.75 % crm, 0.75 % gel, 0.75 % lot</i>	4	Non-Preferred	METROLOTION	
<b>Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]</b>				
<i>clotrimazole 1 % crm, 1 % soln</i>	1	Preferred	LOTRIMIN	
<i>ketconazole 2 % shampoo</i>	1	Preferred	NIZORAL	
<i>nystatin 100000 unit/gm oint, crm</i>	1	Preferred	MYCOSTATIN	
<i>terbinafine 1% crm</i>	1	Preferred	LAMISIL	OTC
<b>Topical Antipsoriatics [Antipsoriáticos Tópicos]</b>				
<i>TAZORAC 0.05 % crm, 0.05 % gel, 0.1 % crm, 0.1 % gel</i>	4	Preferred		C
<i>calcipotriene 0.005 % crm</i>	6	Non-Preferred	DOVONEX	
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	7	Non-Preferred	SORIATANE	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]</b>				
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores de Ácidos Biliares]				
<i>cholestyramine 4 gm pckt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	
Fibric Acid Derivatives [Derivados de Ácido Fíbrico]				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	
HMG-CoA Reductase Inhibitors [Inhibidores de la Reductasa De HMG-CoA]				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Non-Preferred	PRAVACHOL	PA
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i>	2	Non-Preferred	PRAVACHOL	PA
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>				
Antispasmodics [Antiespasmódicos]				
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	1	Preferred	BENTYL	
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml soln</i>	2	Preferred	BENTYL	
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	Preferred	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3	Non-Preferred		
Digestive Enzymes [Enzimas Digestivas]				
CREON 12000 unit cap dr prt, 6000 unit cap dr prt	3	Preferred		C
CREON 24000 unit cap dr prt, 36000 unit cap dr prt, 3000-9500 unit cap dr prt	5	Preferred		C

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas del Receptor de H2]</b>				
<i>famotidine 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PEPCID	
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ZANTAC	
<b>Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]</b>				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml oral conc</i>	6	Non-Preferred	GASTROCROM	PA
<b>Proton Pump Inhibitors [Inhibidores de la Bomba de Protones]</b>				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	
<b>Rectal Anti-Inflammatories [Anti-Inflamatorios Rectales]</b>				
<i>hydrocortisone ace-pramoxine 1-1 % rect crm, 2.5-1 % rect crm</i>	2	Preferred	ANALPRAM-HC	
<b>GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]</b>				
<b>Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]</b>				
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PYRIDIUM	QL= 6 tab.
<b>Phosphate Binder Agents [Enlazadores de Fosfato]</b>				
<i>calcium acetate 667 mg cap</i>	4	Non-Preferred	PHOSLO	
RENVELA 0.8 gm pckt	6	Preferred		PA, C
RENVELA 2.4 gm pckt, 800 mg tab	7	Preferred		PA, C
<b>Urinary Antibiotics [Antibióticos Urinarios]</b>				
<i>ur n-c 81.6 mg tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
URETRON D/S tab	1	Preferred		
URIMAR-T 120 mg tab	1	Preferred		
<i>urin ds tab</i>	1	Preferred	URIN D/S	
<b>Urinary Antispasmodics [Antiespasmódicos Urinarios]</b>				
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DITROPAN	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>HEMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES HEMATOLÓGICOS]</b>				
Antihemophilic Products [Productos Antihemofílicos]				
HEMOFIL M 1000 unit iv soln	12	Preferred		PA, C
HEMOFIL M 220-400 unit iv soln, 250 unit iv soln, 500 unit iv soln	16	Preferred		PA, C
HEMOFIL M 401-800 unit iv soln	20	Preferred		PA, C
ADVATE 1000 unit iv soln, 1500 unit iv soln, 2000 unit iv soln, 250 unit iv soln, 3000 unit iv soln, 500 unit iv soln	25	Preferred		PA, C
KOGENATE FS 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
KOGENATE FS BIO-SET 1000 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
RECOMBINATE 220-400 unit iv soln, 401-800 unit iv soln, 801-1240 unit iv soln, 1241-1800 unit iv soln, 1801-2400 unit iv soln	25	Preferred		PA, C
RIXUBIS 1000 unit iv soln, 2000 unit iv soln, 250 unit iv soln, 3000 unit iv soln, 500 unit iv soln	25	Preferred		PA, C

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ELOCTATE 1000 unit intravenous kit, 1500 unit intravenous kit, 2000 unit intravenous kit, 250 unit intravenous kit, 750 unit intravenous kit, 3000 unit intravenous kit, 500 unit intravenous kit	25	Preferred		PA, C
ANTIHEMOPHILIC FACTOR (RECOMBINATE) for inj	25	Non-Preferred		PA
COAGULATION FACTOR IX for inj	25	Non-Preferred		PA
ANTIINHIBITOR COAGULANT COMPLEX for inj	25	Non-Preferred		PA
ANTIHEMOPHILIC FACTOR (HUMAN) for inj.	25	Non-Preferred		PA
ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII for inj.	25	Non-Preferred		PA
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
Androgens [Andrógenos]				
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml im soln, 200 mg/ml im soln</i>	2	Preferred	DEPO-TESTOSTERONE	
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]				
<i>methimazole 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	TAPAZOLE	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	
Calcimimetics [Calcimiméticos]				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, C
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, C
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA, C

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Dopamine Agonists [Agonistas de Dopamina]</b>				
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	3	Preferred	DOSTINEX	
<b>Dysmenorrhea Agents [Agentes para la Dismenorrea]</b>				
<i>medroxyprogesterone acetate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROVERA	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	Preferred	ARANELLE	PA
CRYSSELLE-28 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
LOW-OGESTREL 0.3-30 mg-mcg tab	2	Preferred		PA
<i>medroxyprogesterone acetate 400mg/ml susp</i>	5	Preferred	DEPO-PROVERA	PA
<b>Estrogens [Estrógenos]</b>				
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	ESTRACE	
<i>estropipate 0.75 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	ESTROPIPATE	
<i>estropipate 3 mg tab</i>	2	Preferred	ESTROPIPATE	
<b>Estrogens and Progestins [Estrógenos y Progestinas]</b>				
<i>estradiol-norethindrone acet 1-0.5 mg tab</i>	4	Non-Preferred	ACTIVELLA	
<b>Growth Hormones Analogs [Análogos de Hormona de Crecimiento]</b>				
NORDITROPIN FLEXPRO 5 mg/1.5ml sc soln	8	Preferred		PA, C
NORDITROPIN FLEXPRO 30 mg/3ml sc soln	8	Preferred		PA, C
NORDITROPIN NORDIFLEX 30 mg/3ml sc soln	8	Preferred		PA, C
NORDITROPIN FLEXPRO 10 mg/1.5ml sc soln, 15 mg/1.5ml sc soln	8	Preferred		PA, C

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]				
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	FLORINEF	
Prostaglandins [Prostaglandinas]				
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	Preferred	CYTOTEC	
Somatostatic Analogs [Análogos de Somastatina]				
<i>octreotide acetate 50 mcg/ml inj soln</i>	3	Preferred	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml inj soln, 1000 mcg/5ml inj soln, 200 mcg/ml inj soln, 500 mcg/ml inj soln</i>	6	Preferred	SANDOSTATIN	PA
<i>octreotide acetate 1000 mcg/ml inj soln</i>	8	Preferred	SANDOSTATIN	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 mg im kit	11	Non-Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 30 mg im kit	14	Non-Preferred		PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 20 mg im kit	16	Non-Preferred		PA
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]				
<i>levothyroxine sodium 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab</i>	1	Preferred	SYNTHROID	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		C
<b>Vasopressin Analogs [Análogos de Vasopresina]</b>				
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml inj soln</i>	2	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tab</i>	3	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace rhinal tube 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % nasal soln</i>	4	Non-Preferred	DDAVP	
STIMATE 1.5 mg/ml nasal soln	7	Non-Preferred		PA
<b>IMMUNOLOGICAL AGENTS [AGENTES INMUNOLÓGICOS]</b>				
<b>Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]</b>				
ENBREL 25 mg sc kit, 25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C
ENBREL 50mg/ml sc soldermat	9	Preferred		PA, C
CIMZIA 2 x 200 mg sc kit	10	Preferred		PA, C
CIMZIA PREFILLED 2 x 200 mg/ml sc kit	10	Preferred		PA, C
CIMZIA STARTER KIT 6 x 200 mg/ml sc kit	10	Preferred		PA, C
HUMIRA 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13	Preferred		PA, C

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>				
<b>Organ Transplant Agents</b>				
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 25 mg cap	3	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln</i>	4	Preferred	NEORAL	aPA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	5	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap</i>	5	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 100 mg cap	5	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	Preferred	SANDIMMUNE	aPA
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap	6	Preferred		aPA, C
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml soln</i>	7	Preferred	NEORAL	aPA
NEORAL 100 mg/ml soln	7	Preferred		aPA, C
<b>Glucocorticosteroids [Glucocorticoides]</b>				
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml oral elix, 0.5 mg/5ml soln, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	1	Preferred	DECADRON	
<i>dexamethasone sodium phosphate 120 mg/30ml inj soln, 20 mg/5ml inj soln, 4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	DECADRON	OB-GYN
KENALOG 10 mg/ml inj susp	1	Preferred		
MEDROL 2 mg tab	1	Preferred		

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	PRELONE	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	
<i>cortisone acetate 25 mg tab</i>	3	Non-Preferred	CORTISONE	
KENALOG 40 mg/ml inj susp	5	Non-Preferred		
<b>Organ Transplant Agents [Agentes para Trasplantes]</b>				
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	Preferred	IMURAN	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CELLCEPT	aPA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	3	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4	Preferred		aPA, C
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	Non-Preferred	RAPAMUNE	aPA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6	Preferred		aPA, C
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	Non-Preferred	PROGRAF	aPA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8	Non-Preferred		aPA
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]</b>				
<b>Aminosalicylates [Aminosalicilatos]</b>				
mesalamine rectal enema 4 gm	4	Preferred	ROWASA	
DELZICOL 400 mg cap dr	5	Preferred		C

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
ASACOL HD 800 mg tab dr	6	Preferred		C
DIPENTUM 250 mg cap	6	Non-Preferred		
<b>Immunomodulators (TNF and Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF y No-TNF)]</b>				
ENBREL 25 mg sc kit, 25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C
ENBREL 50mg/ml sc sol	9	Preferred		PA, C
HUMIRA 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13	Preferred		PA, C
<b>Intrarectal Low Potency Glucocorticoids [Glucocorticoides Intrarectales de Baja Potencia]</b>				
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml rect enema</i>	2	Preferred	COLOCORT	
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	AZULFIDINE	
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
<b>Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores de Calcio]</b>				
<i>calcitriol 0.25 mcg cap</i>	1	Preferred	ROCALTROL	
<i>vitamin d 1000 unit cap, 1000 unit tab, 2000 unit cap, 2000 unit tab, 400 unit cap, 400 unit tab</i>	1	Preferred	VITAMIN D	
<i>vitamin d (cholecalciferol) 1000 unit tab</i>	1	Preferred	VITAMIN D	OTC

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	Preferred	ROCALTROL	
<b>Carnitine Deficiency [Deficiencia de Carnitina]</b>				
<i>levocarnitine 1 gm/10ml soln, 330 mg tab</i>	3	Preferred	CARNITOR	
<b>Chelating Agents [Agentes Quelantes]</b>				
<i>DEPEN TITRATABS 250 mg tab</i>	25	Preferred		PA
<b>Electrolytes/Minerals Replacement [Reemplazo de Electrolitos/Minerales]</b>				
<i>potassium chloride 20 meq/15ml (10%) oral liquid, 20 meq/15ml (10%) soln</i>	1	Preferred	KAY-CIEL	
<i>potassium chloride crys er 10 meq tab er, 20 meq tab er</i>	1	Preferred	KLOR-CON	
<i>potassium chloride er 10 meq cap er, 8 meq cap er</i>	2	Preferred	MICRO-K	
<i>potassium chloride 40 meq/15ml (20%) oral solution</i>	4	Preferred	KAON CL	
<b>Potassium Removing Resins [Resinas Removedoras de Potasio]</b>				
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml susp</i>	3	Preferred	KAYEXALATE	
<b>Prenatal Vitamins [Vitaminas Prenatales]</b>				
<i>classic prenatal 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal 19 tab chew, tab, 29-1 mg tab chew, 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal formula 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
<i>prenatal low iron 27-0.8 mg tab, 27-1 mg tab</i>	1	Preferred	PREPLUS	OB-GYN
<i>prenatal plus iron 29-1 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATABS	OB-GYN

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>prenatal vitamins 0.8 mg tab, 28-0.8 mg tab</i>	1	Preferred	PRENATAL VITAMINS	OB-GYN
Vitamin K [Vitamina K]				
MEPHYTOIN 5 mg tab	6	Non-Preferred		
<b>MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]</b>				
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]				
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LIORESAL	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	Preferred	DANTRIUM	
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	3	Preferred	DANTRIUM	
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	
<b>NASAL AGENTS [AGENTES NASALES]</b>				
Nasal Anticholinergics [Anticolinérgicos Nasales]				
<i>ipratropium bromide 0.03 % nasal soln</i>	2	Non-Preferred	ATROVENT	
Nasal Mast Cell Stabilizers [Estabilizadores Nasales de Mastocitos]				
<i>cromolyn sodium 5.2 mg/act nasal aerosol sol</i>	1	Preferred	NASALCROM	
Nasal Steroids [Esteroides Nasales]				
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act nasal susp</i>	1	Preferred	FLONASE	QL = 1 pompa / 30 días
<b>OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]</b>				
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]				
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	Preferred	ALPHAGAN	
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	1	Preferred	TRUSOPT	
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln, 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	Preferred	COSOPT	
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	Non-Preferred	BETOPTIC	
Miotics [Mióticos]				
<i>pilocarpine hcl 1 % ophth soln, 2 % ophth soln, 4 % ophth soln</i>	3	Preferred	ISOPTOCARPINE	
Mydriatics [Midriáticos]				
<i>atropine sulfate 1 % ophth oint, 1 % ophth soln</i>	1	Preferred	ISO-ATROPINE	
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<i>diclofenac sodium 0.1 % ophth soln</i>	1	Preferred	VOLTAREN	QL = max 30 días / 365 días
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	ACULAR	QL = max 30 días / 365 días
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]				
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	CILOXAN	
<i>erythromycin 5 mg/gm ophth oint</i>	1	Preferred	ROMYCIN	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint, 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	
<i>ofloxacin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	OCUFLOX	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% ophth soln</i>	1	Preferred	POLYTRIM	
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	TOBEX	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth oint</i>	3	Non-Preferred	BACITRACIN	
Ophthalmic Antivirals [Antivirales Oftálmicos]				
<i>trifluridine 1 % ophth soln</i>	4	Non-Preferred	VIROPTIC	
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
LUMIGAN 0.01 % ophth soln	2	Preferred		ST, C
TRAVATAN Z 0.004 % ophth soln	2	Preferred		ST, C
<b>Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	1	Preferred	MAXITROL	
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	2	Preferred	PRED FORTE	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % ophth soln</i>	2	Preferred	INFLAMASE	
<i>fluorometholone 0.1 % ophth susp</i>	3	Preferred	FML LIQUIFILM	
<b>OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]</b>				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	
<b>Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]</b>				
<i>ofloxacin 0.3 % otic soln</i>	1	Preferred	FLOXIN OTIC	
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	
<b>RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]</b>				
<b>Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]</b>				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Preferred	ATROVENT	
<b>Antileukotrienes [Antileukotrienos]</b>				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	
<b>Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]</b>				
<i>benzonatate 100 mg cap</i>	1	Preferred	TESSALON	
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	

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



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Bronchiolitis Agents [Agentes para Bronquiolitis]</b>				
SYNAGIS 50 mg/0.5ml im soln	9	Preferred		PA, C
SYNAGIS 100 mg/ml im soln	11	Preferred		PA, C
<b>Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]</b>				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwr, 250 mcg/blist inh aer pwr, 50 mcg/blist inh aer pwr	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
ADVAIR DISKUS 100-50 mcg/dose inh aer pwr, 250-50 mcg/dose inh aer pwr	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
ADVAIR HFA 115-21 mcg/act inh aer, 45-21 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp</i>	4	Non-Preferred	PULMICORT	AL ≤ 12 años
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, C
ADVAIR DISKUS 500-50 mcg/dose inh aer pwr	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
ADVAIR HFA 230-21 mcg/act inh aer	5	Preferred		QL= 1 pompa / 30 días, ST, C
<b>Nonsedating Histamine1 Blocking Agents [Bloqueadores de Histamina1 No-Sedantes]</b>				
<i>loratadine 5 mg/5ml soln, 5 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
<i>loratadine 10 mg tab</i>	1	Preferred	CLARITIN	OTC
<b>Phosphodiesterase Inhibitors [Inhibidores de la Fosfodiesterasa]</b>				
<i>theophylline er 100 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr, 300 mg tab er 12 hr, 450 mg tab er 12 hr</i>	1	Preferred	THEO-DUR	

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]</b>				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln, (5 mg/ml) 0.5% inh neb soln, 2 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	
VENTOLIN HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer	1	Preferred		QL = 1 pompa / 30 días, C
<i>albuterol sulfate 0.63 mg/3ml inh neb soln, 1.25 mg/3ml inh neb soln</i>	2	Preferred	ALBUTEROL	
<b>RHEUMATOID ARTHRITIS AGENTS [AGENTES PARA ARTRITIS REUMATOIDE]</b>				
<b>Immunomodulators (TNF And Non-TNF) [Inmunomoduladores (TNF Y No-TNF)]</b>				
ENBREL 25 mg sc kit, 25mg/0.5ml sc sol	8	Preferred		PA, C
ENBREL 50mg/ml sc sol	9	Preferred		PA, C
CIMZIA 2 x 200 mg sc kit	10	Preferred		PA, C
CIMZIA PREFILLED 2 x 200 mg/ml sc kit	10	Preferred		PA, C
CIMZIA STARTER KIT 6 x 200 mg/ml sc kit	10	Preferred		PA, C
ORENCIA 125 mg/ml subcutaneous solution prefilled syringe, 250 mg iv soln	10	Preferred		PA, C
HUMIRA 20 mg/0.4ml sc kit, 40 mg/0.8ml sc kit	11	Preferred		PA, C
REMICADE 100 mg iv soln	13	Preferred		PA, C
<b>Non-Biologic Agents [Agentes No-Biológicos]</b>				
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	Preferred	METHOTREXATE	
TREXALL 10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	4	Non-Preferred		
<i>DEPEN TITRATABS 250 mg tab</i>	25	Preferred		PA

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

## A

<i>abacavir sulfate</i>	38
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	38
<i>acarbose</i>	26
<i>acetaminophen-codeine</i>	18
<i>acetazolamide</i>	31
<i>acetic acid</i>	62
<i>acitretin</i>	48
ACTIMMUNE	46
<i>acyclovir</i>	36
ADEMPAS	43
ADVAIR DISKUS	63
ADVAIR HFA	63
ADVATE	51
AFINITOR	45
<i>albuterol sulfate</i>	64
<i>alendronate sodium</i>	41
ALKERAN	44
<i>allopurinol</i>	29
ALPHANINE SD	52
<i>alyacen 1/35</i>	53
<i>amantadine hcl</i>	35
<i>amiodarone hcl</i>	42
<i>amitriptyline hcl</i>	26
<i>amlodipine besylate</i>	30
<i>amoxicillin</i>	21, 22
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	21, 22
<i>ampicillin</i>	21
<i>anastrozole</i>	45
ARANESP (ALBUMIN FREE)	39, 40
ASACOL HD	58
<i>aspirin</i>	41
<i>aspirin low dose</i>	41
<i>atenolol</i>	31
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	31
<i>atorvastatin calcium</i>	49
ATRIPLA	36
<i>atropine sulfate</i>	61
AVONEX	43
AVONEX PEN	44
AVONEX PREFILLED	44
<i>azathioprine</i>	57
<i>azithromycin</i>	20

## B

<i>bacitracin</i>	61
<i>baclofen</i>	60
<i>benzonatate</i>	62
<i>benztropine mesylate</i>	35

<i>betamethasone dipropionate aug</i>	47
BETASERON	44
<i>betaxolol hcl</i>	61
<i>bicalutamide</i>	44
BICILLIN L-A	22
BILTRICIDE	35
<i>brimonidine tartrate</i>	60
<i>bromocriptine mesylate</i>	35, 53
<i>budesonide</i>	63
<i>bumetanide</i>	32
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	18

## C

<i>cabergoline</i>	53
<i>calcipotriene</i>	48
<i>calcitriol</i>	58, 59
<i>calcium acetate</i>	50
CAPASTAT	34
<i>capecitabine</i>	45
CARAFATE	49
<i>carbamazepine</i>	23, 25
<i>carbamazepine er</i>	25
<i>carbidopa-levodopa</i>	36
<i>carbidopa-levodopa er</i>	36
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	36
<i>carvedilol</i>	33
<i>cefaclor</i>	22
<i>cefadroxil</i>	20
<i>cefdinir</i>	23
<i>cefprozil</i>	22
<i>celecoxib</i>	17
<i>cephalexin</i>	20
<i>childrens loratadine</i>	63
<i>chlorhexidine gluconate</i>	47
<i>chloroquine phosphate</i>	35
<i>chlorothiazide</i>	32
<i>chlorthalidone</i>	32, 33
<i>cholestyramine</i>	49
<i>cilostazol</i>	41
CIMZIA	55, 64
CIMZIA PREFILLED	55, 64
CIMZIA STARTER KIT	55, 64
<i>ciprofloxacin</i>	22
<i>ciprofloxacin hcl</i>	22, 61
<i>clarithromycin</i>	20
<i>classic prenatal</i>	59
<i>clindamycin hcl</i>	21
<i>clindamycin phosphate</i>	23, 47
<i>clonazepam</i>	19, 23
<i>clonidine hcl</i>	29
<i>clopidogrel bisulfate</i>	41

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

<i>clotrimazole</i>	46, 48	EMTRIVA	38
<i>codeine sulfate</i>	19	<i>enalapril maleate</i>	29
<i>colchicine</i>	29	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	30
COPAXONE	43	<i>enoxaparin sodium</i>	41
<i>cortisone acetate</i>	57	EPIVIR	38
CREON	49	EPZICOM	36
<i>cromolyn sodium</i>	50, 60	<i>ergoloid mesylates</i>	25
CRYSSELLE-28	53	ERYTHROCIN STEARATE	21
CUPRIMINE	59, 64	<i>erythromycin</i>	47, 61
<i>cyanocobalamin</i>	39	<i>erythromycin base</i>	20
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	60	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	21
<i>cycloserine</i>	34	<i>estradiol</i>	53
<i>cyclosporine</i>	56	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	53
<i>cyclosporine modified</i>	56	<i>estropipate</i>	53
<b>D</b>			
<i>dantrolene sodium</i>	60	<i>ethambutol hcl</i>	34
<i>dapsone</i>	34	<i>ethosuximide</i>	25
DARAPRIM	35	<i>etidronate disodium</i>	41
DELZICOL	57	<i>etoposide</i>	46
<i>demeclocycline hcl</i>	23	<b>F</b>	
DEPEN TITRATABS	59	<i>famotidine</i>	50
<i>desmopressin ace rhinal tube</i>	55	FEIBA NF	52
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	55	<i>fentanyl</i>	17, 18
<i>desmopressin acetate</i>	55	<i>ferrous sulfate</i>	40
<i>desmopressin acetate spray</i>	55	<i>finasteride</i>	38
<i>dexamethasone</i>	56	<i>flecainide acetate</i>	42
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	56	FLOVENT DISKUS	63
<i>diazepam</i>	19	FLOVENT HFA	63
<i>diclofenac sodium</i>	61	<i>fluconazole</i>	34
<i>dicyclomine hcl</i>	49	<i>fludrocortisone acetate</i>	54
<i>didanosine</i>	37, 38	<i>fluorometholone</i>	62
<i>digox</i>	43	<i>fluorouracil</i>	47
<i>digoxin</i>	43	<i>flurazepam hcl</i>	19
DILANTIN	24	<i>flutamide</i>	44
<i>diltiazem hcl</i>	30	<i>fluticasone propionate</i>	60
<i>diltiazem hcl er</i>	30, 31	<i>folic acid</i>	40
<i>diltiazem hcl er beads</i>	30, 31	<i>fosinopril sodium</i>	30
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	30, 31	<i>furosemide</i>	32
<i>dilt-xr</i>	30	FUZEON	37
DIPENTUM	58	<b>G</b>	
DIURIL	32	<i>gabapentin</i>	23, 24
<i>divalproex sodium</i>	23, 25, 33	<i>gemfibrozil</i>	49
<i>donepezil hcl</i>	25	<i>gentamicin sulfate</i>	61
<i>dorzolamide hcl</i>	60	GILENYA	44
<i>doxepin hcl</i>	26	GLEEVEC	45
<i>doxycycline hyclate</i>	23	<i>glimepiride</i>	28
<i>duloxetine</i>	26	<i>glipizide</i>	28
<b>E</b>			
EFFIENT	41	GLUCAGON EMERGENCY	27
ELIQUIS	40	<i>guaifenesin-codeine</i>	62
ELOCTATE	52		

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

H		KOMBIGLYZE XR	26
HEMOFIL M	51		
<i>heparin sodium (porcine)</i>	38, 39		
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	39		
HUMALOG	27		
HUMALOG MIX 50/50	27		
HUMALOG MIX 75/25	27		
HUMIRA	55, 58, 64		
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	58		
HUMIRA PEN	58		
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER	58		
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER	58		
HUMULIN 70/30	27		
HUMULIN N	27		
HUMULIN R	27		
<i>hydralazine hcl</i>	33		
<i>hydrochlorothiazide</i>	32		
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	18		
<i>hydrocortisone</i>	48, 57, 58		
<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	50		
<i>hydromorphone hcl</i>	18, 19		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	35		
<i>hydroxyurea</i>	45		
<i>hydroxyzine hcl</i>	47		
<i>hydroxyzine pamoate</i>	20		
<b>I</b>			
<i>ibuprofen</i>	17		
<i>imipramine hcl</i>	26		
<i>indapamide</i>	32		
<i>indomethacin</i>	17		
<i>indomethacin er</i>	17		
INFED	40		
<i>insulin syringe/needle</i>	28		
INTELENCE	37		
<i>ipratropium bromide</i>	60, 62		
<i>irbesartan</i>	29		
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	29		
ISENTRESS	37		
<i>isoniazid</i>	34		
<i>isosorbide mononitrate</i>	43		
<i>isosorbide mononitrate er</i>	43		
<i>itraconazole</i>	34		
<b>K</b>			
KAZANO	26		
KENALOG	56, 57		
<i>ketoconazole</i>	34, 48		
<i>ketorolac tromethamine</i>	61		
KOATE-DVI	52		
KOGENATE FS	51		
KOGENATE FS BIO-SET	51		
		<b>L</b>	
		<i>labetalol hcl</i>	33
		<i>lamivudine</i>	38
		<i>lamivudine-zidovudine</i>	38
		<i>lamotrigine</i>	24
		LANTUS	27
		LANTUS SOLOSTAR	27
		<i>latanoprost</i>	61
		<i>letrozole</i>	45
		<i>leucovorin calcium</i>	45, 46
		LEUKERAN	44
		<i>levetiracetam</i>	24
		<i>levobunolol hcl</i>	60
		<i>levocarnitine</i>	59
		<i>levofloxacin</i>	22
		<i>levothyroxine sodium</i>	54
		<i>lidocaine viscous</i>	19
		<i>lindane</i>	48
		<i>lisinopril</i>	30
		<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	30
		<i>lomustine</i>	44
		<i>loratadine</i>	63
		<i>lorazepam</i>	19
		<i>losartan potassium</i>	29
		<i>losartan potassium-hctz</i>	29
		LOW-OGESTREL	53
		LUMIGAN	62
		LUPRON DEPOT	46
		LUPRON DEPOT-PED	46
		<b>M</b>	
		MACRODANTIN	21
		MATULANE	46
		MEDROL	56
		<i>medroxyprogesterone acetate</i>	53
		<i>megestrol acetate</i>	45
		<i>meperidine hcl</i>	18, 19
		MEPHYTON	60
		<i>mercaptopurine</i>	45
		mesalamine	57
		MESTINON	33, 34
		<i>metformin hcl</i>	26
		<i>metformin hcl er</i>	26
		<i>methadone</i>	18
		METHADONE	18
		<i>methimazole</i>	52
		<i>methotrexate</i>	45, 64
		<i>methyl dopa</i>	29
		<i>methylprednisolone</i>	57
		<i>methylprednisolone (pak)</i>	57
		<i>metoclopramide hcl</i>	28

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

<i>metolazone</i>	32, 33
<i>metoprolol succinate er</i>	31
<i>metoprolol tartrate</i>	31
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>metronidazole</i>	21, 23, 48
<i>mexiletine hcl</i>	42
<i>midazolam hcl</i>	20
<i>minocycline hcl</i>	23
<i>minoxidil</i>	33
<i>misoprostol</i>	49, 54
<i>mometasone furoate</i>	48
MONOCLATE-P	52
<i>montelukast sodium</i>	62
<i>morphine sulfate</i>	18, 19
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	19
<i>morphine sulfate er</i>	17, 18
<i>mupirocin</i>	48
<i>mycophenolate mofetil</i>	57
<i>mycophenolic acid</i>	57
MYLERAN	44

## N

<i>nabumetone</i>	17
NAMENDA	25
<i>naproxen</i>	17
<i>naproxen dr</i>	17
<i>naproxen sodium</i>	17
NEBUPENT	35
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>	62
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	62
NEORAL	56
NESINA	26
NEULASTA	39
NEUPOGEN	39
<i>nevirapine</i>	37
<i>nevirapine er</i>	37
NEXAVAR	45
<i>nifedipine er</i>	30, 31
<i>nifedipine er osmotic</i>	30, 31
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	21
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	21
<i>nitroglycerin</i>	43
NITROSTAT	43
NORDITROPIN FLEXPPO	53
NORDITROPIN NORDIFLEX PEN	53
<i>nortriptyline hcl</i>	26
<i>nystatin</i>	46, 47, 48

## O

<i>octreotide acetate</i>	54
<i>ofloxacin</i>	61, 62
<i>omeprazole</i>	50
<i>ondansetron</i>	28

<i>ondansetron hcl</i>	28
ONGLYZA	27
ORENCIA	64
OSENI	27
<i>oxcarbazepine</i>	24, 25
<i>oxybutynin chloride</i>	50
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	18, 19

## P

<i>pamidronate disodium</i>	41
<i>penicillin g procaine</i>	22
<i>penicillin v potassium</i>	22
<i>pentoxifylline er</i>	42
<i>permethrin</i>	48
<i>phenazopyridine hcl</i>	50
<i>phenobarbital</i>	24, 25
<i>phenytoin</i>	24
<i>phenytoin sodium extended</i>	24
<i>pilocarpine hcl</i>	61
PIN-X	35
<i>pioglitazone hcl</i>	27
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	61
<i>potassium chloride</i>	59
<i>potassium chloride crys er</i>	59
<i>potassium chloride er</i>	59
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	35
<i>pravastatin sodium</i>	49
<i>prednisolone</i>	57
<i>prednisolone acetate</i>	62
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	62
<i>prednisone</i>	57
<i>prednisone (pak)</i>	57
<i>prenatal</i>	59
<i>prenatal 19</i>	59
<i>prenatal formula</i>	59
<i>prenatal low iron</i>	59
<i>prenatal plus iron</i>	59
<i>prenatal vitamins</i>	60
<i>primidone</i>	24
<i>probenecid</i>	29
<i>prochlorperazine</i>	28
<i>prochlorperazine edisylate</i>	28
<i>prochlorperazine maleate</i>	28
PROCRIT	39, 40
<i>promethazine hcl</i>	28
<i>propafenone hcl</i>	42
<i>propranolol hcl</i>	32, 42
<i>propylthiouracil</i>	52
<i>pyrazinamide</i>	34
<i>pyridostigmine</i>	33, 34
<i>pyridostigmine bromide</i>	33

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



<b>Q</b>		<b>SYNTHROID</b>		55
<i>quinidine gluconate er</i>	42	<b>T</b>		
<i>quinidine sulfate</i>	42	<i>tacrolimus</i>		57
<i>quinidine sulfate er</i>	42	<i>tamoxifen citrate</i>		44
<b>R</b>		<i>tamsulosin hcl</i>		38
<i>ranitidine hcl</i>	50	TASIGNA		45
RAPAMUNE	57	TAZORAC		48
RECOMBINATE	51	TECFIDERA		44
REESES PINWORM MEDICINE	35	TEGRETOL-XR		24
REFACTO	52	<i>temozolomide</i>		44
REMICADE	55, 58, 64	<i>terazosin hcl</i>		29, 38
RENVELA	50	<i>terbinafine hcl</i>		34
RESCRIPTOR	37	<i>terbutaline sulfate</i>		64
<i>rifabutin</i>	34	<i>terconazole</i>		34
RIFAMATE	34	<i>testosterone cypionate</i>		52
<i>rifampin</i>	34	<i>tetracycline hcl</i>		23
<i>rivastigmine tartrate</i>	25	<i>theophylline er</i>		63
rixubis	51	<i>tiagabine hcl</i>		25
<i>ropinirole hcl</i>	35	<i>timolol maleate</i>		60
<b>S</b>		<i>tobramycin</i>		20, 61
<i>salsalate</i>	17	<i>topiramate</i>		24, 33
SANDIMMUNE	56	<i>tramadol hcl</i>		18
SANDOSTATIN LAR DEPOT	54	TRAVATAN Z		62
<i>selegiline hcl</i>	36	TRECTOR		34
<i>selenium sulfide</i>	47	<i>tretinoin</i>		47
SELZENTRY	37	TREXALL		64
SENSIPAR	52	<i>triamcinolone acetonide</i>		48
SEROMYCIN	34	<i>triamterene-hctz</i>		32
<i>sildenafil citrate</i>	43	<i>trifluridine</i>		61
<i>silver sulfadiazine</i>	48	<i>trihexyphenidyl hcl</i>		35
<i>simvastatin</i>	49	<i>trimethobenzamide hcl</i>		28
<i>sirolimus</i>	57	TRUVADA		38
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	59	TYSABRI		44
<i>sotalol hcl</i>	42	<b>U</b>		
<i>spironolactone</i>	32	<i>ur n-c</i>		50
SPRYCEL	45	URETRON D/S		50
<i>stavudine</i>	37	URIMAR-T		50
STIMATE	55	<i>urin ds</i>		50
STIVARGA	44	<i>ursodiol</i>		50
<i>streptomycin sulfate</i>	20	<b>V</b>		
<i>sucralfate</i>	49	VAGIFEM		45
<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i>	47	<i>valganciclovir hcl</i>		36
<i>sulfadiazine</i>	23	<i>valproic acid</i>		24
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i>	22	<i>vancomycin hcl</i>		21
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	23	VENTOLIN HFA		64
<i>sulfasalazine</i>	58	<i>verapamil hcl</i>		30
<i>sulindac</i>	17	<i>verapamil hcl er</i>		31
<i>sumatriptan succinate</i>	33	VIDEX		38
SUSTIVA	37	VIMPAT		25
SYNAGIS	63			

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

VIREAD	38	X	
<i>vitamin d</i>	58		
<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	58	XARELTO	40
		XARELTO STARTER PACK	40
<b>W</b>			
<i>warfarin sodium</i>	38	Z	
		<i>zidovudine</i>	37, 38
		<i>zonisamide</i>	24

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

