

## CARTA INFORMATIVA

6 de mayo de 2021

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

***Re: Actualización de Formularios de Medicamentos 2021***

Estimado(a) Proveedor(a):

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

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

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

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

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

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

Cordialmente,

Departamento de Proveedores  
First Medical Health Plan, Inc.



1 de mayo de 2021

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

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Formularios de Medicamentos en Cubierta (FMC) del Plan de Salud Vital. Estos son los formularios principales de Salud Física y de Salud Mental, así como los siguientes subformularios: Dental, Nefrología, OB-Gyn, Oncología, Emergencia, VIH- SIDA, Sub Físico y Sub Mental.

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

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios, especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este Comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios regularmente, que se notifican mediante Cartas Normativas.

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

Cordialmente,



Jorge E. Galva, JD, MHA  
Director Ejecutivo



# VIH-SIDA

2021

Formulario de Medicamentos en Cubierta del Plan de Salud Vital

A B  R C A





GOBIERNO DE PUERTO RICO  
Administración de Seguros de Salud

3 de febrero de 2020

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

Estimado proveedor:

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

Los subformularios incluyen: Dental, Nefrología, Ob-Gyn, Oncología, Formulario de Emergencia Integrado (FEI), VIH-SIDA y Sub-físico. Por otro lado, el FMC de Salud Mental cuenta también con un Sub-formulario. El FMC de Salud Mental será utilizado por los médicos psiquiatras contratados y por los médicos contratados en facilidades dedicadas al tratamiento de Salud Mental. El Sub-formulario de Salud Mental será utilizado por los médicos primarios (PCP's por sus siglas en inglés) participantes en los Grupos Médicos Primarios.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud (ASES), compuesto por médicos primarios, médicos especialistas y farmacéuticos, todos proveedores activos en su práctica clínica. Este comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos. Los formularios son documentos dinámicos, los cuales pueden sufrir cambios, que se notifican periódicamente mediante Cartas Normativas.

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

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA  
Director Ejecutivo



• PO Box 195661, San Juan, PR 00919-5661 • Tel: 787.474.3300 • [www.asespr.org](http://www.asespr.org)

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

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

### 1. Formularios de Medicamentos

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

El Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia y tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta de farmacia del PSV. ASES diseña y mantiene al día el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSV a través de su Administrador del Programa de Farmacia o “PPA”. Dicho formulario es el formulario oficial del programa y del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSV.

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

### 2. Proceso de Excepción

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

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

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

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

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

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

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

D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones de cuidado de salud (Por ej.: grupos médicos primarios, proveedores independientes, especialistas, entre otros) podrán 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. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

F. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) en la mayoría de los casos, será para cubrir una terapia de 30 días y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones o en algunos casos, noventa (90) días y una (1) repetición. Las recetas de los medicamentos tendrán vigencia de doce (12) meses, a menos que se trate de un narcótico, en cuyo caso sólo tendrá derecho a un (1) despacho, sin repeticiones, de acuerdo con La Ley de Farmacia. Los medicamentos que requieran pre-autorización (PA) serán aprobados por un máximo de seis (6) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR**

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA DEL PLAN DE SALUD VITAL  
2021**

**TABLA DE CONTENIDO**

|  |          |
|--|----------|
| <b>ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA DEL PLAN DE SALUD VITAL (PSV) DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO .....</b> | <b>3</b> |
| DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2021 .....                     | 8        |
| RANGO DE COSTO NETO MENSUAL .....  | 8        |
| MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....  | 9        |
| THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA].....  | 10       |
| ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] .....  | 10       |
| Local Anesthetics [Anestésicos Locales] .....  | 10       |
| ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS].....  | 10       |
| Macrolides [Macrólidos].....   | 10       |
| Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] .....   | 11       |
| Penicillins [Penicilinas] .....  | 11       |
| Quinolones [Quinolonas] .....  | 11       |
| Sulfonamides [Sulfonamidas] .....  | 12       |
| Tetracyclines [Tetraciclinas] .....  | 12       |
| ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....  | 12       |
| Antituberculars [Antituberculosos].....  | 12       |
| Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos] .....   | 13       |
| ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....  | 13       |
| Antifungals [Antifungales].....  | 13       |
| ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS].....   | 13       |
| Anthelmintics [Antihelmínticos] .....  | 13       |
| Antimalarials [Antimaláricos] .....  | 13       |
| Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalarícos] .....   | 13       |
| ANTIVIRALS [ANTIVIRALES].....  | 13       |
| Anti-Cytomegalovirus (CMV) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....  | 13       |
| Anti-hepatitis B (hbv0 Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)].....   | 14       |



|  |    |
|--|----|
| Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)] .....                      | 14 |
| Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....   | 14 |
| Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores No Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa] .....                 | 14 |
| Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa] ..... | 14 |
| BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .....   | 15 |
| Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis] .....  | 15 |
| Iron [Hierro] .....  | 16 |
| CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] .....  | 16 |
| Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina] .....  | 16 |
| Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico] .....  | 16 |
| DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] .....   | 17 |
| Antifungals [Antifungales] .....   | 17 |
| HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] .....   | 17 |
| Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] .....   | 17 |
| IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....  | 17 |
| Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....  | 17 |

## DISEÑO DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN CUBIERTA (FMC) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA 2021

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

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

| Drug Name [Nombre del Medicamento]   | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier] | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|--|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|
| <b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>                        |                       |             |                                       |  |
| <b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>                               |                       |             |                                       |  |
| <b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>   |                       |             |                                       |  |
| <b>Local Anesthetics [Anestésicos Locales]</b>                             |                       |             |                                       |  |
| <i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>                             | 1                     | Preferred   | XYLOCAINE                             |  |
| <b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>                                    |                       |             |                                       |  |
| <b>Aminoglycosides [Aminoglucósidos]</b>                                   |                       |             |                                       |  |
| <i>streptomycin sulfate 1 gm im soln</i>                                   | 4                     | Preferred   | STREPTOMYCIN                          |  |
| <b>Macrolides [Macrólidos]</b>   |                       |             |                                       |  |
| <i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>                                 | 1                     | Preferred   | ZITHROMAX                             |  |
| <i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i> | 2                     | Preferred   | ZITHROMAX                             |  |
| <i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>              | 2                     | Preferred   | BIAXIN                                |  |
| <i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>                                      | 3                     | Preferred   | BIAXIN                                |  |
| <i>ERY-TAB 500 mg tab dr</i>   | 3                     | Preferred   |                                       |  |

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

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

### 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:

|           |                          |                                   |
|-----------|--------------------------|-----------------------------------|
| <b>1</b>  | <b>menos de \$20</b>     | <b>Menos costoso mensualmente</b> |
| <b>2</b>  | <b>\$20 - \$49</b>       |                                   |
| <b>3</b>  | <b>\$50 - \$99</b>       |                                   |
| <b>4</b>  | <b>\$100 - \$199</b>     |                                   |
| <b>5</b>  | <b>\$200 - \$349</b>     |                                   |
| <b>6</b>  | <b>\$350 - \$549</b>     |                                   |
| <b>7</b>  | <b>\$550 - \$799</b>     |                                   |
| <b>8</b>  | <b>\$800 - \$1,099</b>   |                                   |
| <b>9</b>  | <b>\$1,100 - \$1,499</b> |                                   |
| <b>10</b> | <b>\$1,500 - \$1,999</b> |                                   |
| <b>11</b> | <b>\$2,000 - \$2,499</b> |                                   |
| <b>12</b> | <b>\$2,500 - \$2,999</b> |                                   |
| <b>13</b> | <b>\$3,000 - \$3,499</b> |                                   |
| <b>14</b> | <b>\$3,500 - \$3,999</b> |                                   |
| <b>15</b> | <b>\$4,000 - \$4,499</b> |                                   |
| <b>16</b> | <b>\$4,500 - \$4,999</b> |                                   |
| <b>17</b> | <b>\$5,000 - \$5,499</b> |                                   |
| <b>18</b> | <b>\$5,500 - \$5,999</b> |                                   |
| <b>19</b> | <b>\$6,000 - \$6,499</b> |                                   |
| <b>20</b> | <b>\$6,500 - \$6,999</b> |                                   |
| <b>21</b> | <b>\$7,000 - \$7,499</b> |                                   |
| <b>22</b> | <b>\$7,500 - \$7,999</b> |                                   |
| <b>23</b> | <b>\$8,000 - \$8,499</b> |                                   |
| <b>24</b> | <b>\$8,500 - \$9,000</b> |                                   |
| <b>25</b> | <b>más de \$9,000</b>    | <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>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>   |                       |               |                                       |  |
| <b>Local Anesthetics [Anestésicos Locales]</b>                             |                       |               |                                       |  |
| <i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>                             | 1                     | Preferred     | XYLOCAINE                             |  |
| <b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>                                    |                       |               |                                       |  |
| <b>Macrolides [Macrólidos]</b>   |                       |               |                                       |  |
| <i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>                                 | 1                     | Preferred     | ZITHROMAX                             |  |
| <i>azithromycin 1 gm pkt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i> | 2                     | Preferred     | ZITHROMAX                             |  |
| <i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>              | 2                     | Preferred     | BIAXIN                                |  |
| <i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>                                      | 3                     | Preferred     | BIAXIN                                |  |
| ERY-TAB 500 mg tab dr  | 3                     | Preferred     |                                       |  |
| <i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>         | 3                     | Preferred     | ERY-TAB                               |  |
| <i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>                              | 3                     | Preferred     | E.E.S.                                |  |
| ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab   | 4                     | Non-Preferred |                                       |  |
| E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp  | 5                     | Preferred     |                                       |  |
| ERYPED 200 200 mg/5ml susp   | 5                     | Preferred     |                                       |  |
| ERYPED 400 400 mg/5ml susp   | 6                     | Preferred     |                                       |  |

• 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] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • 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 Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>   |                       |             |                                       |  |
| <i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>  | 1                     | Preferred   | CLEOCIN                               |  |
| <b>Penicillins [Penicilinas]</b>  |                       |             |                                       |  |
| <i>amoxicillin 125 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 400 mg/5ml susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab</i> | 1                     | Preferred   | AMOXIL                                |  |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab</i>                           | 1                     | Preferred   | AUGMENTIN                             |  |
| <i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>  | 1                     | Preferred   | PRINCIPEN                             |  |
| <i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>  | 1                     | Preferred   | VEETIDS                               |  |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>   | 3                     | Preferred   | AUGMENTIN                             |  |
| BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp   | 3                     | Preferred   |                                       |  |
| <i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>   | 3                     | Preferred   | BICILLIN LA                           |  |
| BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp   | 4                     | Preferred   |                                       |  |
| BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp   | 5                     | Preferred   |                                       |  |
| <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                              |  |

• 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] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • 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>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>                             | 3                     | Preferred     | CIPRO                                 |  |
| <i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>                              | 4                     | Preferred     | CIPRO                                 |  |
| <b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>                                     |                       |               |                                       |  |
| <i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>                          | 1                     | Preferred     | SEPTRA                                |  |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i> | 1                     | Preferred     | SEPTRA                                |  |
| <i>sulfadiazine 500 mg tab</i>   | 4                     | Preferred     | SULFADIAZINE                          |  |
| <b>Tetracyclines [Tetraciclinas]</b>                                   |                       |               |                                       |  |
| <i>minocycline hcl 100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>                | 1                     | Preferred     | MINOCIN                               |  |
| <i>doxycycline monohydrate 50 mg cap, 100 mg cap</i>                   | 2                     | Non-Preferred | MONODOX                               |  |
| <i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap</i>                       | 2                     | Non-Preferred | VIBRAMYCIN                            |  |
| <b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>                        |                       |               |                                       |  |
| <b>Antituberculars [Antituberculosos]</b>                              |                       |               |                                       |  |
| <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     |
| <i>cycloserine 250 mg cap</i>  |                       |               | SEROMYCIN                             |  |
| RIFAMATE 50-300 mg cap   |                       |               |                                       |  |
| TRECTOR 250 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] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • 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] |
|---|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| CAPASTAT 1 gm inj   |                       |               |                                       | Control Program                                |
| <b>Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]</b>       |                       |               |                                       |  |
| <i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>  | 2                     | Preferred     | DAPSONE                               |  |
| <b>ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS]</b>                                       |                       |               |                                       |  |
| <b>Antifungals [Antifungales]</b>   |                       |               |                                       |  |
| <i>fluconazole 10 mg/ml susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab</i> | 1                     | Preferred     | DIFLUCAN                              |  |
| <i>ketoconazole 200 mg tab</i>  | 1                     | Preferred     | NIZORAL                               |  |
| <i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>   | 1                     | Preferred     | LAMISIL                               |  |
| <i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>  | 2                     | Preferred     | DIFLUCAN                              |  |
| <i>voriconazole 40 mg/ml susp</i>   | 4                     | Preferred     | VFEND                                 |  |
| <i>itraconazole 100 mg cap</i>  | 5                     | Preferred     | SPORANOX                              |  |
| SPORANOX 10 mg/ml soln  | 6                     | Preferred     |                                       |  |
| <i>voriconazole 50 mg tab</i>   | 8                     | Preferred     | VFEND                                 |  |
| <i>voriconazole 200 mg tab</i>  | 10                    | Preferred     | VFEND                                 |  |
| <b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>  |                       |               |                                       |  |
| <b>Anthelmintics [Antihelmínticos]</b>  |                       |               |                                       |  |
| <i>albendazole 200 mg tab</i>   | 4                     | Non-Preferred | ALBENZA                               |  |
| <b>Antimalarials [Antimaláricos]</b>  |                       |               |                                       |  |
| <i>pyrimethamine 25 mg tab</i>  | 25                    | Non-Preferred | DARAPRIM                              | PA   |
| <b>Antiprotozoals - Non-Antimalarials [Antiprotozoarios No-Antimalaríacos]</b>  |                       |               |                                       |  |
| <i>pentamidine 300 mg inh soln</i>  | 10                    | Non-Preferred | NEBUPENT                              | PA   |
| <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 – 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] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • 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>Anti-hepatitis B (hbv0 Agents [Agentes Contra La Hepatitis B (Vhb)])</b>   |                       |               |                                       |  |
| <i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>   | 3                     | Preferred     | BARACLUDE                             | PA   |
| <b>Anti-hepatitis C (hcv) Direct Acting Agents [Agentes De Acción Directa Contra La Hepatitis C (Vhc)]</b>                      |                       |               |                                       |  |
| MAVYRET 100-40 mg tab   | 24                    | Preferred     |                                       | PA   |
| <b>Antitherpetic 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>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                              |  |
| <i>zidovudine 300 mg tab</i>  | 2                     | Non-Preferred | RETROVIR                              |  |
| <i>efavirenz 200 mg cap, 50 mg cap, 600mg tab</i>   | 6                     | Preferred     | SUSTIVA                               |  |
| RESCRIPTOR 200 mg tab   | 6                     | Non-Preferred |                                       |  |
| SUSTIVA 200 mg cap  | 6                     | Preferred     |                                       | P  |
| <i>nevirapine er 100 mg tab er 24 hr, 400 mg tab er 24 hr</i>   | 7                     | Non-Preferred | VIRAMUNE XR                           |  |
| SUSTIVA 50 mg cap, 600 mg tab   | 7                     | Preferred     |                                       | P  |
| <b>Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors [Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos De La Transcriptasa Reversa]</b> |                       |               |                                       |  |
| <i>stavudine 1 mg/ml soln, 15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap</i>   | 3                     | Preferred     | ZERIT                                 |  |
| <i>didanosine 125 mg cap dr, 200 mg cap dr, 250 mg cap dr</i>   | 4                     | Non-Preferred | VIDEX EC                              |  |
| <i>lamivudine 10 mg/ml soln</i>   | 4                     | Preferred     | EPIVIR                                |  |
| <i>lamivudine 150 mg tab</i>  | 4                     | Preferred     | EPIVIR                                |  |

• 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] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C – Contracted Product [Producto Contratado]



VIH-SIDA

| Drug Name [Nombre del Medicamento]   | Net Cost [Costo Neto] | Tier [Tier]   | Reference Name [Nombre de Referencia] | Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites] |
|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|--|
| <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 | VIDEX EC                              |  |
| <i>lamivudine 300 mg tab</i>   | 5                     | Preferred     | EPIVIR                                |  |
| VIDEX 2 gm soln  | 5                     | Non-Preferred |                                       |  |
| <i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>                                      | 6                     | Preferred     | COMBIVIR                              |  |
| ZIAGEN 20 mg/ml soln   | 6                     | Non-Preferred |                                       |  |
| <i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>                         | 10                    | Non-Preferred | TRIZIVIR                              |  |
| <b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>                              |                       |               |                                       |  |
| <b>Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]</b> |                       |               |                                       |  |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln                                    | 1                     | Preferred     |                                       | PA, P  |
| PROCRIT 3000 unit/ml inj soln  | 5                     | Preferred     |                                       | PA, P  |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln                | 6                     | Preferred     |                                       | PA, P  |
| PROCRIT 10000 unit/ml inj soln   | 6                     | Preferred     |                                       | PA, P  |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln                                     | 7                     | Preferred     |                                       | PA, P  |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln                    | 8                     | Preferred     |                                       | PA, P  |

• 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] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • 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) 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, P  |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln   | 11                    | Preferred   |                                       | PA, P  |
| PROCRIT 40000 unit/ml inj soln   | 11                    | Preferred   |                                       | PA, P  |
| RETACRIT 2000 unit/ml inj soln   | 8                     | Preferred   |                                       | PA, P  |
| RETACRIT 3000 unit/ml inj soln   | 8                     | Preferred   |                                       | PA, P  |
| RETACRIT 4000 unit/ml inj soln   | 8                     | Preferred   |                                       | PA, P  |
| RETACRIT 10000 unit/ml inj soln  | 8                     | Preferred   |                                       | PA, P  |
| RETACRIT 40000 unit/ml inj soln  | 8                     | Preferred   |                                       | PA, P  |
| <b>Iron [Hierro]</b>   |                       |             |                                       |  |
| <i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>   | 1                     | Preferred   | IRON                                  |  |
| <b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>   |                       |             |                                       |  |
| <b>Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina]</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>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] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • 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>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                            |  |
| <b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>   |                       |               |                                       |  |
| <b>Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]</b>   |                       |               |                                       |  |
| <i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>   | 1                     | Preferred     | FLORINEF                              |  |
| <b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>  |                       |               |                                       |  |
| <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>MEDROL 2 mg tab</i>  | 1                     | Preferred     |                                       |  |
| <i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>   | 1                     | Preferred     | MEDROL                                |  |
| <i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>  | 1                     | Preferred     | MEDROL                                |  |
| <i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>   | 1                     | Preferred     | PRELONE                               |  |
| <i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>   | 1                     | Preferred     | DELTASONE                             |  |
| <i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>   | 1                     | Preferred     | DELTASONE                             |  |

• 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] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

VIH-SIDA

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

• 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] • P – Preferred Contracted Product [Producto Contratado Preferido] • C – Contracted Product [Producto Contratado]

## VIH-SIDA

|   |        |                                       |        |
|---|--------|---------------------------------------|--------|
| <b>A</b>                                    |        | <b>H</b>                              |        |
| <i>abacavir sulfate</i> .....               | 15     | <i>hydrocortisone</i> .....           | 18     |
| <i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> ..... | 15     | <b>I</b>                              |        |
| <i>acyclovir</i> .....                      | 14     | <i>iron</i> .....                     | 16     |
| <i>albendazole</i> .....                    | 13     | <i>isoniazid</i> .....                | 12     |
| <i>amoxicillin</i> .....                    | 11     | <i>itraconazole</i> .....             | 13     |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....    | 11     | <b>K</b>                              |        |
| <i>ampicillin</i> .....                     | 11     | <i>ketoconazole</i> .....             | 13     |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) .....                | 15, 16 | <b>L</b>                              |        |
| <i>azithromycin</i> .....                   | 10     | <i>lamivudine</i> .....               | 14, 15 |
| <b>B</b>                                    |        | <i>lamivudine-zidovudine</i> .....    | 15     |
| BICILLIN L-A.....                           | 11     | <i>leucovorin calcium</i> .....       | 16, 17 |
| <b>C</b>                                    |        | <i>levofloxacin</i> .....             | 11     |
| CAPASTAT.....                               | 13     | <i>lidocaine viscous</i> .....        | 10     |
| <i>ciprofloxacin</i> .....                  | 12     | <b>M</b>                              |        |
| <i>ciprofloxacin hcl</i> .....              | 11     | MAVYRET .....                         | 14     |
| <i>clarithromycin</i> .....                 | 10     | MEDROL.....                           | 17     |
| <i>clindamycin hcl</i> .....                | 11     | <i>megestrol acetate</i> .....        | 16     |
| <i>clotrimazole</i> .....                   | 17     | <i>methylprednisolone</i> .....       | 17, 18 |
| <i>cycloserine</i> .....                    | 12     | <i>methylprednisolone (pak)</i> ..... | 17     |
| <b>D</b>                                    |        | <i>minocycline hcl</i> .....          | 12     |
| <i>dapsone</i> .....                        | 13     | <b>N</b>                              |        |
| <i>dexamethasone</i> .....                  | 17     | <i>nevirapine</i> .....               | 14     |
| <i>didanosine</i> .....                     | 14, 15 | <i>nevirapine er</i> .....            | 14     |
| <i>doxycycline hyclate</i> .....            | 12     | <i>nystatin</i> .....                 | 17     |
| <i>doxycycline monohydrate</i> .....        | 12     | <b>P</b>                              |        |
| <b>E</b>                                    |        | <i>penicillin g procaine</i> .....    | 11     |
| E.E.S. GRANULES.....                        | 10     | <i>penicillin v potassium</i> .....   | 11     |
| <i>efavirenz</i> .....                      | 14     | <i>pentamidine</i> .....              | 13     |
| <i>entecavir</i> .....                      | 14     | <i>prednisolone</i> .....             | 17     |
| EPIVIR.....                                 | 14     | <i>prednisone</i> .....               | 17     |
| ERYPED 200.....                             | 10     | <i>prednisone (pak)</i> .....         | 17     |
| ERYPED 400.....                             | 10     | PROCRIT .....                         | 15, 16 |
| ERY-TAB.....                                | 10     | <i>pyrazinamide</i> .....             | 12     |
| ERYTHROCIN STEARATE.....                    | 10     | <i>pyrimethamine</i> .....            | 13     |
| <i>erythromycin base</i> .....              | 10     | <b>R</b>                              |        |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....    | 10     | RESCRIPTOR.....                       | 14     |
| <i>ethambutol hcl</i> .....                 | 12     | RETACRIT .....                        | 16     |
| <b>F</b>                                    |        | <i>rifabutin</i> .....                | 12     |
| <i>fluconazole</i> .....                    | 13     |                                       |        |
| <i>fludrocortisone acetate</i> .....        | 17     |                                       |        |

## VIH-SIDA

|                       |    |
|-----------------------|----|
| RIFAMATE.....         | 12 |
| <i>rifampin</i> ..... | 12 |

### S

|  |    |
|--|----|
| SEROMYCIN.....                             | 12 |
| SPORANOX.....                              | 13 |
| <i>stavudine</i> .....                     | 14 |
| <i>sulfadiazine</i> .....                  | 12 |
| <i>sulfamethoxazole-tmp ds</i> .....       | 12 |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ..... | 12 |
| SUSTIVA.....                               | 14 |

### T

|                              |    |
|------------------------------|----|
| <i>terbinafine hcl</i> ..... | 13 |
| TRECATOR.....                | 12 |

### V

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| <i>valganciclovir hcl</i> ..... | 13 |
| VIDEX.....                      | 15 |
| <i>voriconazole</i> .....       | 13 |

### Z

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| ZIAGEN.....             | 15     |
| <i>zidovudine</i> ..... | 14, 15 |

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos

**1-800-981-2737**

**TTY 787-474-3389**

