



# Oncología

## 2015 - 2016

Lista de Medicamentos Preferidos



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE  
**PUERTO RICO**

Administración de Seguros  
de Salud de Puerto Rico (ASES)

1 de enero de 2015

Estimado proveedor:

Me place presentarles la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) para Salud Física del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que estará vigente desde el 1 de enero de 2015.

Los medicamentos aquí incluidos han sido evaluados y aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de ASES el cual está compuesto por médicos primarios y farmacéuticos clínicos. El mismo debe satisfacer la necesidad de nuestros asegurados para el buen manejo de sus condiciones de salud.

El comité se reúne periódicamente para evaluar las clases terapéuticas y emitir recomendaciones basadas en aspectos clínicos y de costo efectividad de los mismos. Este PDL y los PDL's especializados que se incluyen en esta guía, pueden sufrir cambios, los cuales se notificarían mediante Cartas Normativas, conforme vayan surgiendo.

Les exhorto a utilizar esta Guía para su referencia siempre que les sea necesario. La misma también está disponible en nuestra página electrónica [www.asespr.org](http://www.asespr.org).

Cordialmente,

Ricardo Rivera Cardona  
Director Ejecutivo



## **ASPECTOS GENERALES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA 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 la Lista de Medicamentos Preferidos (*Preferred Drug List* o “PDL”) 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 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.

La Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) servirá de guía en el suministro de medicamentos bajo la cubierta de farmacia. El “PDL” tiene el propósito de mejorar, actualizar y lograr el uso costo efectivo de medicamentos dentro de la cubierta del PSG.

ASES mantiene el Formulario de Medicamentos Preferidos (PDL por sus siglas en inglés), el cual es el formulario oficial, del cual se deben recetar medicamentos a los beneficiarios del PSG.

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

### **2. Proceso de Excepción**

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

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

Este Proceso de Excepción requiere la documentación oficial, por parte del proveedor de servicios, con las razones clínicas que justifican la utilización de medicamentos fuera del PDL, lo cual será evaluado por un equipo clínico de la aseguradora.

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

- A. La cubierta de farmacia del PSG establece como mandatorio el uso de productos genéricos-bioequivalentes.
- B. Las compañías aseguradoras ó TPA, y proveedores de servicios de salud, solamente procesarán sus reclamaciones de farmacia a través del Administrador del Beneficio de Farmacia (*Pharmacy Benefit Managers* ó “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 inclusión. Por la naturaleza dinámica de este proceso, ASES podrá requerir la inclusión o exclusión de medicamentos dentro el PDL en cualquier momento, teniendo las consideraciones necesarias para notificar a asegurados y proveedores médicos, para garantizar un proceso de transición con el adecuado acceso y mantener la continuidad de cuidado.
- D. Ninguna entidad contratada por ASES o las entidades contratadas por las compañías u organizaciones (Grupos Médicos Primarios, proveedores independientes, especialistas, etc.) podrán registrarse por un formulario distinto al PDL, ni crear un formulario de medicamentos interno que sea diferente a los establecidos por ASES. Tampoco podrán limitar en forma contraria a lo establecido en el contrato entre ASES, las entidades contratadas y en esta cubierta, los medicamentos incluidos en el formulario de ASES. Las compañías aseguradoras/TPA 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 treinta (30) días. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.
- F. El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de 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. Por recomendación del médico se repetirá el despacho de cada receta hasta un máximo de completar 12 meses a partir de la fecha escrita en la receta, si no es un medicamento controlado (Ley 189 del 2014). Las recetas de medicamentos controlados tendrán vigencia por seis (6) meses, a menos que sea un narcótico, que solo tendrá un despacho, sin repeticiones. Los medicamentos que requieran pre-autorización tendrán vigencia de seis meses a menos que ocurran contraindicaciones o efectos secundarios. 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 en inventario 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.
- I. Todas las recetas deberán ser despachadas por una farmacia contratada por el PBM, debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y libremente seleccionada 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.
- K. Los medicamentos recetados deberán ser entregados subsiguientemente a la fecha y hora en que el beneficiario entrega la receta o la misma llega por prescripción electrónica. El tiempo de despacho debe ser razonable

y bajo ninguna circunstancias por más de 24 horas, entendiéndose que si el medicamento no está disponible en la farmacia el asegurado debe tener la opción de solicitar la receta para obtenerla en otra farmacia.

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

Como regla general, para los productos que aparecen en el Formulario de Salas de Emergencia, se despachará la cantidad necesaria hasta el próximo día laborable o en el caso de fines de semana largos o feriados hasta un máximo de cinco (5) días laborables.

Los analgésicos, narcóticos, agentes en combinación y antiinflamatorios no esteroideos se despacharán en cantidad suficiente hasta un máximo de cinco (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 cuidados coordinados. Así mismo, recomendamos que verifiquen que los productos recetados formen parte del Formulario de Medicamentos de Salas de Emergencia.

Para cualquier duda sobre la cubierta de farmacia puede comunicarse con la compañía aseguradora contratada por ASES en su región de servicios.



ONCOLOGIA

**PLAN DE SALUD DEL  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

**LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (“PDL”)  
2015 – 2016**

**TABLA DE CONTENIDO**

DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (“PDL”) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2015-2016 .....	9
RANGO DE COSTO NETO MENSUAL .....	9
MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	10
ANALGESICS [ANALGÉSICOS].....	11
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaids) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] .....	11
Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración].....	11
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración] .....	11
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] .....	12
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	12
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .....	13
Macrolides [Macrólidos].....	13
Penicillins [Penicilinas].....	13
Quinolones [Quinolonas] .....	14
Sulfonamides [Sulfonamidas] .....	14
ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] .....	14
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes] .....	14
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] .....	15
5-Hydroxytryptamine 3 (5-Ht3) Antagonists [Antagonistas De 5-Ht3].....	15
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	15
Phenothiazines [Fenotiazinas] .....	15
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	15
Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos] .....	15
ANTIMYCOTIC AGENTS [ANTIMICÓTICOS].....	15



Antifungals [Antifungales].....	15
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] .....	16
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos] .....	16
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .....	16
Cobalamins [Cobalaminas] .....	16
Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides].....	16
Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis].....	16
Folates [Folatos] .....	17
Iron [Hierro] .....	17
CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS] .....	17
Alkylating Agents [Agentes Alquilantes] .....	17
Antiandrogens [Antiandrógenos] .....	18
Antiestrogens [Antiestrógenos].....	18
Antimetabolites [Antimetabolitos] .....	18
Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores De Enzimas].....	18
Antineoplastic Estrogens [Antineoplásicos De Estrógeno] .....	18
Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progestina].....	19
Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa] .....	19
Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico] .....	19
Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh].....	19
Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos].....	19
Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos] .....	20
DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] .....	20
Antifungals [Antifungales].....	20
DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] .....	20
Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel] .....	20
Topical Antifungals [Antifungales Tópicos].....	20
GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....	20
Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras].....	20
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2] .....	20
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones].....	20
HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] .....	20



Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico  
ONCOLOGIA

Mineralocorticoids [Mineralocorticoides] .....	20
IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....	21
Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina].....	21
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	21
Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes].....	22
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	22
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio].....	22



## DISEÑO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (“PDL”) Y GUÍAS DE REFERENCIA 2015-2016

Los medicamentos que aparecen en el “PDL” son aquellos medicamentos preferidos en la cubierta del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estos medicamentos se seleccionan a base de su seguridad, eficacia, alta calidad, existencia de equivalentes y costo. Se les sugiere a los médicos que receten y a los farmacéuticos dispensen solamente los medicamentos que aparecen en el “PDL”.

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

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Limit es]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>			
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>			
<b>ALKYLATING AGENTS [AGENTES ALQUILANTES]</b>			
<b>Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]</b>			
ALKERAN 2 mg tab	4		
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	4	TEMODAR	PA
LEUKERAN 2 mg tab	6		
MYLERAN 2 mg tab	7		
<i>temozolomide 20 mg cap</i>	9	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 250 mg cap</i>	11	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 140 mg cap</i>	13	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	14	TEMODAR	PA

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

La **Segunda Columna** presenta el Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (“Costo Neto”). La **Tercera Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Cuarta Columna** presenta las Guías de Referencia según aplican.

### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

El Rango de Costo Neto Mensual por Beneficiario Promedio (Costo Neto) se incluye en el “PDL” para ofrecer un valor aproximado del costo neto mensual de cada terapia medicinal, incluyendo cualquier descuento por utilización y comparando el producto específico con las otras alternativas disponibles en esa clase, o para tratar la enfermedad o condición específica. En la mayoría de los casos, se compara el costo por terapia para quince o treinta días dependiendo de si el medicamento es de uso agudo o de mantenimiento, respectivamente. La comparación de costos y asignación de signos de dólares se hace a base de todos los productos incluidos dentro de una clase terapéutica, (e.g. medicamentos cardiovasculares, medicamentos

gastrointestinales). Los Rangos de Costo Neto al lado de un medicamento identifican su costo aproximado y se deben interpretar 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>

Cuando varios medicamentos dentro de la misma clase terapéutica tienen el mismo Rango de Costo Neto, el medicamento que se menciona primero y con el número menor debe considerarse como el menos costoso.

Donde existe la alternativa de un número de preparaciones adecuadas para tratar una enfermedad o condición en particular, el Rango de Costo Neto puede utilizarse para hacer una selección a base del costo.

La designación de los costos relativos es vigente al momento de la publicación de esta edición del "PDL". El costo de los medicamentos está sujeto a cambios constantes.

## **MEDICAMENTOS GENÉRICOS**

Los medicamentos genéricos equivalentes se identifican con letras minúsculas. Ciertos genéricos equivalentes tienen un Costo Máximo Permitido (Maximum Allowable Cost List o MAC List) para el pago de los mismos. Este precio típicamente 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 que son prescritos comúnmente y 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]	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	MOTRIN	
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	INDOCIN	
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	RELAFEN	
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	NAPROSYN	
<i>naproxen dr 375 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	NAPROSYN	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	ANAPROX	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	1	CLINORIL	
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	CELEBREX	ST
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	2	INDOCIN	
<i>celecoxib 200 mg cap, 400 mg cap</i>	5	CELEBREX	ST
<i>celecoxib 100 mg cap</i>	7	CELEBREX	ST
<b>Opioid Analgesics, Long-Acting [Analgésicos Opiodes, Larga Duración]</b>			
<i>fentanyl 25 mcg/hr td patch 72 hr</i>	2	DURAGESIC	
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	2	DAZIDOX	
<i>fentanyl 50 mcg/hr td patch 72 hr, 75 mcg/hr td patch 72 hr</i>	3	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	3	MORPHINE	
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	3	DAZIDOX	
<i>fentanyl 100 mcg/hr td patch 72 hr</i>	4	DURAGESIC	
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	4	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 60 mg tab er</i>	5	MORPHINE	
<i>morphine sulfate er 100 mg tab er</i>	6	MORPHINE	
<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	TYLENOL-CODEINE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>acetaminophen-codeine #2 300-15 mg tab</i>	1	TYLENOL-CODEINE	
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	TYLENOL-CODEINE	
<i>acetaminophen-codeine #4 300-60 mg tab</i>	1	TYLENOL-CODEINE	
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 7.5-500 mg/15ml soln</i>	1	VICODIN	
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	DILAUDID	
<i>meperidine hcl 50 mg/ml inj soln</i>	1	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab</i>	1	MORPHINE	
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	1	PERCOCET	
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	ULTRAM	
<i>codeine sulfate 15 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab</i>	2	CODEINE	
<i>meperidine hcl 100 mg/ml inj soln</i>	2	DEMEROL	
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml soln</i>	2	MORPHINE	
<i>morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml soln, 20 mg/ml soln</i>	2	MORPHINE	
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	3	DILAUDID	
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab</i>	3	PERCOCET	
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml oral liquid</i>	4	DILAUDID	
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>			
<b>Local Anesthetics [Anestésicos Locales]</b>			
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	XYLOCAINE	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>			
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>			
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	ZITHROMAX	
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	ZITHROMAX	
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	BIAXIN	
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	BIAXIN	
ERY-TAB 500 mg tab dr	3		
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	ERY-TAB	
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	E.E.S.	
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4		
E.E.S. GRANULES 200 mg/5ml susp	5		
ERYPED 200 200 mg/5ml susp	5		
ERYPED 400 400 mg/5ml susp	6		
<b>Penicillins [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	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, 875-125 mg tab</i>	1	AUGMENTIN	
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	PRINCIPEN	
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	VEETIDS	
<i>amoxicillin 125 mg tab chew</i>	2	AMOXIL	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg tab chew</i>	2	AUGMENTIN	
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	AUGMENTIN	
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3		
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	BICILLIN LA	
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4		
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5		
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>			
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	CIPRO	
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	LEVAQUIN	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5ml (10%) susp</i>	3	CIPRO	
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	CIPRO	
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>			
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	SEPTRA	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	SEPTRA	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	4	SULFADIAZINE	
<b>ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]</b>			
<b>Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]</b>			
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	NEURONTIN	
DILANTIN 30 mg cap	2		
<i>gabapentin 250 mg/5ml soln</i>	2	NEURONTIN	
<i>phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew</i>	2	DILANTIN	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	DILANTIN	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
<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	ZOFRAN ODT	
<i>ondansetron hcl 24 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	1	ZOFRAN	
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>			
<i>diphenhydramine hcl 50 mg cap</i>	1	BENADRYL	
<i>metoclopramide hcl 10 mg tab, 10 mg/10ml soln, 5 mg tab, 5 mg/5ml soln, 5 mg/ml inj soln</i>	1	REGLAN	
<i>promethazine hcl 25 mg/ml inj soln, 50 mg/ml inj soln</i>	1	PHENERGAN	
<i>promethazine hcl 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 6.25 mg/5ml soln, 6.25 mg/5ml syr</i>	1	PHENERGAN	
<i>trimethobenzamide hcl 300 mg cap</i>	1	TIGAN	
<b>Phenothiazines [Fenotiazinas]</b>			
<i>prochlorperazine edisylate 5 mg/ml inj soln</i>	1	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	COMPAZINE	
<i>prochlorperazine 25 mg rect supp</i>	4	COMPAZINE	
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>			
<b>Miscellaneous Antimycobacterials [Antimicobacterianos Misceláneos]</b>			
<i>dapsone 100 mg tab, 25 mg tab</i>	2	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	DIFLUCAN	
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	1	NIZORAL	
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	1	LAMISIL	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i>	2	DIFLUCAN	
<i>griseofulvin microsize 500 mg tab</i>	3	GRIFULVIN V	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]



Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
<i>griseofulvin ultramicrosize 125 mg tab, 250 mg tab</i>	4	GRIS-PEG	
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>			
<b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>			
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	ZOVIRAX	
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	ZOVIRAX	
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>			
<b>Cobalamins [Cobalaminas]</b>			
<i>cyanocobalamin 1000 mcg/ml inj soln</i>	1	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		PA, P
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	12		PA, P
NEUPOGEN 480 mcg/0.8ml inj soln	12		PA, P
<b>Erythropoiesis-Stimulating Agents [Agentes Estimulantes De Eritropoiesis]</b>			
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/0.5ml inj soln	1		PA, P
PROCRIT 2000 unit/ml inj soln, 3000 unit/ml inj soln, 4000 unit/ml inj soln	5		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 mcg/0.42ml inj soln, 25 mcg/ml inj soln	6		PA, P
PROCRIT 10000 unit/ml inj soln	6		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/0.4ml inj soln	7		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 40 mcg/ml inj soln, 60 mcg/ml inj soln	8		PA, P

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	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		PA, P
PROCRIT 20000 unit/ml inj soln	9		PA, P
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 mcg/ml inj soln	11		PA, P
PROCRIT 40000 unit/ml inj soln	11		PA, P
<b>Folates [Folatos]</b>			
<i>folic acid 1 mg tab, 400 mcg tab, 800 mcg tab</i>	1	FOLIC ACID	OTC
<b>Iron [Hierro]</b>			
<i>iron 325 (65 fe) mg tab</i>	1	IRON	
DEXFERRUM 50 mg/ml inj soln	5		
INFED 50 mg/ml inj soln	5		
<b>CHEMOTHERAPIES [QUIMIOTERAPIAS]</b>			
<b>Alkylating Agents [Agentes Alquilantes]</b>			
<i>lomustine 10 mg cap</i>	3	CEENU	
ALKERAN 2 mg tab	4		
<i>temozolomide 5 mg cap</i>	4	TEMODAR	PA
<i>lomustine 40 mg cap</i>	5	CEENU	
LEUKERAN 2 mg tab	6		
<i>lomustine 100 mg cap</i>	6	CEENU	
MYLERAN 2 mg tab	7		
<i>temozolomide 20 mg cap</i>	9	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 250 mg cap</i>	11	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 140 mg cap</i>	13	TEMODAR	PA
<i>temozolomide 100 mg cap, 180 mg cap</i>	14	TEMODAR	PA
<b>Angiogenesis Inhibitors [Inhibidores de Angiogénesis]</b>			
STIVARGA 40 mg tab	21		PA, P

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Antiandrogens [Antiandrógenos]</b>			
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	CASODEX	PA
<i>flutamide 125 mg cap</i>	4	EULEXIN	PA
<b>Antiestrogens [Antiestrógenos]</b>			
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	NOLVADEX	
<b>Antimetabolites [Antimetabolitos]</b>			
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	HYDREA	
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	PURINETHOL	
<i>methotrexate 2.5 mg tab</i>	2	METHOTREXATE	
TREXALL 10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	4		
<i>capecitabine 150 mg tab</i>	7	XELODA	PA
<i>capecitabine 500 mg tab</i>	11	XELODA	PA
<b>Antineoplastic Enzyme Inhibitors [Antineoplásicos Inhibidores De Enzimas]</b>			
SPRYCEL 20 mg tab	10		PA, P
SPRYCEL 50 mg tab	13		PA, P
SPRYCEL 70 mg tab	14		PA, P
TASIGNA 200 mg cap	15		PA, P
SPRYCEL 80 mg tab	17		PA, P
TASIGNA 150 mg cap	18		PA, P
GLEEVEC 100 mg tab	19		PA
SPRYCEL 100 mg tab	19		PA, P
AFINITOR 2.5 mg tab	20		PA, P
NEXAVAR 200 mg tab	20		PA, P
SPRYCEL 140 mg tab	20		PA, P
AFINITOR 10 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab	21		PA, P
GLEEVEC 400 mg tab	23		PA
<b>Antineoplastic Estrogens [Antineoplásicos De Estrógeno]</b>			
EMCYT 140 mg cap	5		

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Antineoplastic Progestins [Antineoplásicos De Progesterina]</b>			
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	MEGACE	
<i>megestrol acetate 40 mg/ml susp, 400 mg/10ml susp</i>	2	MEGACE	
<b>Aromatase Inhibitors [Inhibidores De La Aromatasa]</b>			
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	1	ARIMIDEX	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	1	FEMARA	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	5	AROMASIN	
<b>Folic Acid Antagonists Rescue Agents [Antagonistas De Ácido Fólico]</b>			
<i>leucovorin calcium 5 mg tab</i>	3	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 10 mg tab, 15 mg tab</i>	4	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 25 mg tab</i>	9	LEUCOVORIN	
<i>leucovorin calcium 50 mg inj, 100 mg inj, 200 mg inj, 350 mg inj, 500 mg inj</i>	9	LEUCOVORIN	
<b>Luteinizing Hormone-Releasing (Lhrh) Analogs [Análogos De Lhrh]</b>			
LUPRON DEPOT 11.25 mg im kit, 3.75 mg im kit	6		PA, P
ZOLADEX 3.6 mg subcutaneous implant	6		PA
LUPRON DEPOT 7.5 mg im kit	8		PA, P
LUPRON DEPOT-PED 11.25 mg im kit, 15 mg im kit, 7.5 mg im kit	8		PA, P
LUPRON DEPOT 22.5 mg im kit, 30 mg im kit	9		PA, P
<b>Miscellaneous Antineoplastics [Antineoplásicos Misceláneos]</b>			
INTRON-A 10000000 unit/ml inj soln	7		PA
INTRON A 18000000 unit inj soln	9		PA
INTRON-A 18000000 unit inj soln	9		PA
INTRON-A 6000000 unit/ml inj soln	10		PA
MATULANE 50 mg cap	10		
ACTIMMUNE 2000000 unit/0.5ml sc soln	25		PA

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
<b>Mitotic Inhibitors [Inhibidores Mitóticos]</b>			
<i>etoposide 50 mg cap</i>	4	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	MYCELEX	OTC
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp</i>	1	MYCOSTATIN	
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>			
<b>Dermatological Skin Cancer Agents [Dermatológicos Para Cáncer De La Piel]</b>			
<i>fluorouracil 2 % soln, 5 % soln</i>	3	EFUDEX	
<i>fluorouracil 5 % crm</i>	4	EFUDEX	
<b>Topical Antifungals [Antifungales Tópicos]</b>			
<i>ketoconazole 2 % crm</i>	2	NIZORAL	
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>			
<b>Anti-Ulcer Agents [Agentes Anti-Ulceras]</b>			
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	1	CYTOTEC	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	1	CARAFATE	
CARAFATE 1 gm/10ml susp	3		
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]</b>			
<i>famotidine 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	PEPCID	
<i>ranitidine hcl 15 mg/ml syr, 150 mg/10ml syr, 300 mg tab, 75 mg/5ml syr</i>	1	ZANTAC	
<i>famotidine 40 mg/5ml susp</i>	4	PEPCID	
<b>Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]</b>			
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr</i>	1	PRILOSEC	
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>			
<b>Mineralocorticoids [Mineralocorticoides]</b>			
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	1	FLORINEF	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/Límites]
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES]</b>			
<b>Cyclosporine Analogs [Análogos De Ciclosporina]</b>			
NEORAL 25 mg cap	3		PA, P
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 50 mg cap</i>	3	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 25 mg cap</i>	4	SANDIMMUNE	PA
<i>cyclosporine modified 100 mg cap, 100 mg/ml soln</i>	4	NEORAL	PA
<i>cyclosporine 100 mg cap</i>	5	SANDIMMUNE	PA
NEORAL 100 mg cap	5		PA, P
<i>cyclosporine 100 mg cap, 25 mg cap</i>	6	SANDIMMUNE	PA
SANDIMMUNE 100 mg cap, 100 mg/ml soln, 25 mg cap	6		PA, P
NEORAL 100 mg/ml soln	7		PA, P
<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	DECADRON	
MEDROL 2 mg tab	1		
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	MEDROL	
<i>methylprednisolone (pak) 4 mg tab</i>	1	MEDROL	
<i>prednisolone 15 mg/5ml soln, 15 mg/5ml syr</i>	1	PRELONE	
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	DELTASONE	
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	DELTASONE	
<i>hydrocortisone 10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab</i>	2	CORTEF	
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	MEDROL	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/Limits [Requerimientos/ Límites]
<b>Organ Transplant Agents [Agentes Para Trasplantes]</b>			
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	1	IMURAN	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml susp, 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	CELLCEPT	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg cap</i>	3	PROGRAF	PA
MYFORTIC 180 mg tab dr	4		PA, P
<i>tacrolimus 1 mg cap</i>	4	PROGRAF	PA
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	5	RAPAMUNE	PA
MYFORTIC 360 mg tab dr	6		PA, P
<i>tacrolimus 5 mg cap</i>	6	PROGRAF	PA
RAPAMUNE 1 mg/ml soln	8		PA
<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	ROCALTROL	
<i>calcitriol 0.5 mcg cap</i>	2	ROCALTROL	

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]



• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • 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]

<b>A</b>		ERYPED 400.....	13
acetaminophen-codeine.....	11	ERY-TAB .....	13
acetaminophen-codeine #2 .....	12	ERYTHROCIN STEARATE.....	13
acetaminophen-codeine #3 .....	12	erythromycin base.....	13
acetaminophen-codeine #4 .....	12	erythromycin ethylsuccinate .....	13
ACTIMMUNE.....	19	etoposide .....	19
acyclovir .....	16	exemestane .....	19
AFINITOR.....	18	<b>F</b>	
ALKERAN.....	17	famotidine .....	20
amoxicillin .....	13	fentanyl .....	11
amoxicillin-pot clavulanate.....	13, 14	fluconazole.....	15
ampicillin .....	13	fludrocortisone acetate.....	20
anastrozole .....	19	fluorouracil .....	20
ARANESP (ALBUMIN FREE) .....	16, 17	flutamide .....	17
azathioprine .....	21	folic acid.....	17
azithromycin.....	13	<b>G</b>	
<b>B</b>		gabapentin .....	14
bicalutamide .....	17	GLEEVEC.....	18
BICILLIN L-A .....	14	griseofulvin microsize.....	15
<b>C</b>		griseofulvin ultramicrosize .....	16
calcitriol.....	22	<b>H</b>	
capecitabine .....	18	hydrocodone-acetaminophen.....	12
CARAFATE.....	20	hydrocortisone .....	21
celecoxib .....	11	hydromorphone hcl .....	12
ciprofloxacin.....	14	hydroxyurea .....	18
ciprofloxacin hcl.....	14	<b>I</b>	
clarithromycin .....	13	ibuprofen.....	11
clotrimazole.....	19	indomethacin .....	11
codeine sulfate .....	12	indomethacin er.....	11
cyanocobalamin .....	16	INFED .....	17
cyclosporine.....	20, 21	INTRON A.....	19
cyclosporine modified .....	20, 21	INTRON-A .....	19
<b>D</b>		iron .....	17
dapsone.....	15	<b>K</b>	
dexamethasone.....	21	ketoconazole .....	15, 20
DEXFERRUM.....	17	<b>L</b>	
DILANTIN .....	14	letrozole .....	19
diphenhydramine hcl.....	15	leucovorin calcium.....	19
<b>E</b>		LEUKERAN .....	17
E.E.S. GRANULES .....	13	levofloxacin.....	14
EMCYT .....	18		
ERYPED 200.....	13		

<i>lidocaine viscous</i> .....	12
<i>lomustine</i> .....	17
LUPRON DEPOT .....	19
LUPRON DEPOT-PED .....	19

## M

MATULANE .....	19
MEDROL.....	21
<i>megestrol acetate</i> .....	18
<i>meperidine hcl</i> .....	12
<i>mercaptopurine</i> .....	18
<i>methotrexate</i> .....	18
<i>methylprednisolone</i> .....	21
<i>methylprednisolone (pak)</i> .....	21
<i>metoclopramide hcl</i> .....	15
<i>misoprostol</i> .....	20
<i>morphine sulfate</i> .....	12
<i>morphine sulfate (concentrate)</i> .....	12
<i>morphine sulfate er</i> .....	11
<i>mycophenolate mofetil</i> .....	21
<i>mycophenolic acid</i> .....	21, 22
MYLERAN .....	17

## N

<i>nabumetone</i> .....	11
<i>naproxen</i> .....	11
<i>naproxen dr</i> .....	11
<i>naproxen sodium</i> .....	11
NEORAL .....	21
NEULASTA.....	16
NEUPOGEN.....	16
NEXAVAR.....	18
<i>nystatin</i> .....	20

## O

<i>omeprazole</i> .....	20
<i>ondansetron</i> .....	15
<i>ondansetron hcl</i> .....	15
<i>oxycodone hcl</i> .....	11
<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	12

## P

<i>penicillin g procaine</i> .....	14
<i>penicillin v potassium</i> .....	13
<i>phenytoin</i> .....	14
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	14
<i>prednisolone</i> .....	21
<i>prednisone</i> .....	21
<i>prednisone (pak)</i> .....	21
<i>prochlorperazine</i> .....	15
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	15
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	15
PROCRIPT.....	16, 17
<i>promethazine hcl</i> .....	15

## R

<i>ranitidine hcl</i> .....	20
RAPAMUNE .....	22

## S

SANDIMMUNE.....	21
<i>sirolimus</i> .....	22
SPRYCEL .....	18
<i>sucralfate</i> .....	20
<i>sulfadiazine</i> .....	14
<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i> .....	14
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	14
<i>sulindac</i> .....	11

## T

<i>tacrolimus</i> .....	21, 22
<i>tamoxifen citrate</i> .....	18
TASIGNA.....	18
<i>temozolomide</i> .....	17
<i>terbinafine hcl</i> .....	15
<i>tramadol hcl</i> .....	12
TREXALL.....	18
<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	15

## Z

ZOLADEX.....	19
--------------	----

