



# EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Directora Ejecutiva | Edna Y. Marín Ramos | emarin@asespr.org

9 de marzo de 2023

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

Estimado proveedor:

A continuación, les presento los Listados de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) 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 PDL 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 profesionales 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,

Edna Y. Marín Ramos, MA  
Directora Ejecutiva

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

### 1. Formularios de Medicamentos

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

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

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

### 2. Proceso de Excepción

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

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

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

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

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

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

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

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

E. La cantidad máxima a despacharse para tratar condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea 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 doce (12) meses o el tiempo que establezca el protocolo clínico. En o antes de los noventa (90) días de haberse recetado dicho medicamento de mantenimiento, el médico deberá reevaluar la farmacoterapia para efectos de cumplimiento, tolerancia y dosificación. Cambios en la dosis no requerirán pre-autorización. Cambios en el/los medicamento(s) utilizado(s) puede que requiera(n) pre-autorización.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

PLAN DE SALUD VITAL DEL GOBIERNO DE PR

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV

TABLA DE CONTENIDO

DISEÑO DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA .....	11
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA] .....	13
ANALGESICS [ANALGÉSICOS] .....	13
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales] .....	13
Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración] .....	13
ANESTHETICS [ANESTÉSICOS] .....	13
Local Anesthetics [Anestésicos Locales].....	13
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD] .....	14
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	14
Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos].....	14
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS].....	14
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides] .....	14
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides].....	14
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides].....	14
ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS] .....	14
First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación] .....	14
Macrolides [Macrólidos].....	15
Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos] .....	15
Penicillins [Penicilinas] .....	16
Quinolones [Quinolonas] .....	16
Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación].....	17
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	17
Tetracyclines [Tetraciclinas].....	17
Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación] .....	17
Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales].....	17

## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES] .....	18
Anticonvulsants [Anticonvulsivantes] .....	18
ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA] .....	19
Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa] .....	19
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS] .....	19
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos] .....	19
ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS] .....	19
Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa] .....	19
Biguanides [Biguanidas] .....	20
Glycemic Agents [Agentes Glicémicos] .....	20
Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas] .....	20
Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin] .....	20
Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia] .....	20
Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración] .....	20
Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración] .....	21
Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración] .....	21
Sulfonylureas [Sulfonilureas] .....	21
DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES] .....	21
Needles & Syringes [Agujas y Jeringuillas] .....	21
ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS] .....	21
Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos] .....	21
Phenothiazines [Fenotiazinas] .....	21
ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA] .....	21
Antigout Agents [Agentes Antigota] .....	21
Uricosurics [Uricosúricos] .....	22
ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS] .....	22
Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos] .....	22
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	22
Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II] .....	22
Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina] .....	22
Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio] .....	22
Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica] .....	23

## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos].....	23
Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos] .....	23
Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa] .....	23
Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos].....	23
Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio] .....	24
Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas] .....	24
Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores].....	24
Vasodilators [Vasodilatadores].....	24
ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA].....	24
Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos] .....	24
ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS].....	25
Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos] .....	25
ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS].....	25
Antituberculars [Antituberculosos].....	25
ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS] .....	25
Antimalarials [Antimaláricos] .....	25
Anthelmintics [Antihelmínticos] .....	26
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON] .....	26
Anticholinergics [Anticolinérgicos].....	26
Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson] .....	26
Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina] .....	26
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSICÓTICOS] .....	27
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación] .....	27
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación].....	27
ANTIVIRALS [ANTIVIRALES] .....	27
Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus].....	27
Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos].....	27
Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza].....	27
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA] .....	28
Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos] .....	28
BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE] .....	28
Anticoagulants [Anticoagulantes].....	28



## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides] .....	28
Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas] .....	29
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES] .....</b>	<b>29</b>
Antiarrhythmics Class Ii [Antiarrítmicos Clase Ii] .....	29
Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A] .....	29
Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B].....	29
Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C].....	29
Antiarrhythmics Type Iii [Antiarrítmicos Tipo Iii] .....	30
Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos].....	30
Vasodilators [Vasodilatadores].....	30
<b>DENTAL AND ORAL AGENTS [AGENTES DENTALES Y ORALES] .....</b>	<b>30</b>
Antifungals [Antifungales] .....	30
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS] .....</b>	<b>30</b>
Pediculicides And Scabicides [Pediculicidas Y Escabicidas] .....	30
Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos] .....	30
Warts [Verrugas].....	31
<b>DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS].....</b>	<b>31</b>
Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares].....	31
Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico].....	31
Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa].....	31
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES].....</b>	<b>31</b>
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2].....	31
Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos] .....	31
Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones] .....	31
<b>GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS] .....</b>	<b>32</b>
Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos].....	32
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES] .....</b>	<b>32</b>
Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide] .....	32
Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos].....	32
Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina].....	32
Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea].....	32
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS [IMMUNOSUPRESORES] .....</b>	<b>32</b>
Glucocorticosteroids [Glucocorticoides] .....	32

## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Immune Globulins [Inmunoglobulinas].....	33
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL] .....	33
Aminosalicylates [Aminosalicilatos] .....	33
Sulfonamides [Sulfonamidas].....	33
MINERALS & ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS].....	33
Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio] .....	33
MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES] .....	33
Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad].....	33
Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales] .....	33
OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS] .....	34
Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma] .....	34
Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos].....	34
Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas].....	34
Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos] .....	34
OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS] .....	35
Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos] .....	35
Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos] .....	35
RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS].....	35
Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos] .....	35
Antileukotrienes [Antileukotrienos] .....	35
Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos].....	35
Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados].....	35
Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1].....	36
Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos] .....	36

## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

### DISEÑO DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS (PDL) DEL PSV Y GUÍAS DE REFERENCIA

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

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

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

Para cada medicamento incluido en el 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 la clasificación (“Tier”) del medicamento: Preferido o No-preferido. La **Cuarta Columna**, presenta el nombre de marca sólo para referencia, ya que siempre que exista el genérico equivalente de un medicamento el mismo será despachado. La **Quinta Columna** presenta las Guías de Referencia o Límites, según aplican.

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

#### RANGO DE COSTO NETO MENSUAL

## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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

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

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

### 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.

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]</b>				
<b>Therapeutic Class [Clase Terapéutica]</b>				
<b>ANALGESICS [ANALGÉSICOS]</b>				
<b>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]</b>				
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	MOTRIN	QL = 5 días
<i>indomethacin 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	INDOCIN	QL = 5 días
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	RELAFEN	QL = 5 días
<i>naproxen 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	NAPROSYN	QL = 5 días
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	1	Preferred	ANAPROX	QL = 5 días
<i>salsalate 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	DISALCID	QL = 5 días
<b>Short-Acting Opioid Analgesics [Analgésicos Opiodes De Corta Duración]</b>				
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL = 5 días; AL> 18 años
<i>acetaminophen-codeine #3 300-30 mg tab</i>	1	Preferred	TYLENOL-CODEINE	QL = 6 tabletas diarias/ 5 días de suplido en 30 días; AL> 18 años
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	1	Preferred	ULTRAM	QL = 3 tabletas diarias/ 5 días de suplido en 30 días; AL≥ 12 años
<b>ANESTHETICS [ANESTÉSICOS]</b>				
<b>Local Anesthetics [Anestésicos Locales]</b>				
<i>lidocaine viscous 2 % mouth/throat soln</i>	1	Preferred	XYLOCAINE	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]</b>				
<b>Benzodiazepines [Benzodiazepinas]</b>				
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	QL = 5 días
<i>diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	VALIUM	QL = 5 días
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	1	Preferred	ATIVAN	QL = 5 días
<i>temazepam 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	RESTORIL	QL = 5 días
<b>Miscellaneous Anxiolytics [Ansiolíticos Misceláneos]</b>				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	QL = 5 días
<b>ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS]</b>				
<b>Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]</b>				
<i>buprenorphine/ naloxone sub tab 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	5	Preferred		QL = 5 días
<i>buprenorphine/ naloxone sub film 2-0.5 mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg</i>	5	Preferred		QL = 5 días
<b>Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides]</b>				
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	Preferred	REVIA	QL = 5 días
<b>Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]</b>				
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln</i>	1	Preferred	NARCAN	QL = 5 días
<b>ANTIBACTERIALS [ANTIBACTERIANOS]</b>				
<b>First Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Primera Generación]</b>				
<i>cephalexin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 500 mg cap</i>	1	Preferred	KEFLEX	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>cefadroxil 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	DURICEF	QL = 5 días, AL ≤ 12
<i>cephalexin 250 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	KEFLEX	QL = 5 días
<i>cefadroxil 500 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	DURICEF	QL = 5 días, AL ≤ 12
<b>Macrolides [Macrólidos]</b>				
<i>azithromycin 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días
<i>azithromycin 1 gm pckt, 100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 600 mg tab</i>	2	Preferred	ZITHROMAX	QL = 5 días
<i>clarithromycin 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
<i>clarithromycin 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	BIAXIN	QL = 5 días
<i>erythromycin base 250 mg cap dr prt, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	Preferred	ERY-TAB	QL = 5 días
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg tab</i>	3	Preferred	E.E.S.	QL = 5 días
ERYTHROCIN STEARATE 250 mg tab	4	Preferred		QL = 5 días
<b>Miscellaneous Antibacterials [Antibacterianos Misceláneos]</b>				
<i>clindamycin hcl 150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	CLEOCIN	QL = 5 días
MACRODANTIN 25 mg cap	1	Preferred		QL = 5 días
<i>metronidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	FLAGYL	QL = 5 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal 50 mg cap</i>	1	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACRODANTIN	QL = 5 días
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 MG/5ML</i>	6	Preferred	FURADANTIN	

• 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 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	Preferred	MACROBID	QL = 5 días
<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	QL = 5 días
<i>amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml susp, 400-57 mg/5ml susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml susp, 875-125 mg tab</i>	1	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
<i>ampicillin 125 mg/5ml susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml susp, 500 mg cap</i>	1	Preferred	PRINCIPEN	QL = 5 días
<i>penicillin v potassium 125 mg/5ml soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml soln, 500 mg tab</i>	1	Preferred	VEETIDS	QL = 5 días
<i>amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	AUGMENTIN	QL = 5 días
BICILLIN L-A 600000 unit/ml im susp	3	Preferred		QL = 5 días
<i>penicillin g procaine 600000 unit/ml im susp</i>	3	Preferred	BICILLIN LA	QL = 5 días
BICILLIN L-A 1200000 unit/2ml im susp	4	Preferred		QL = 5 días
BICILLIN L-A 2400000 unit/4ml im susp	5	Preferred		QL = 5 días
<b>Quinolones [Quinolonas]</b>				
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	1	Preferred	LEVAQUIN	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

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	QL = 5 días
<i>ciprofloxacin 250 mg/5ml (5%) susp</i>	4	Preferred	CIPRO	QL = 5 días
<b>Second Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Segunda Generación]</b>				
<i>cefactor 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	Preferred	CECLOR	QL = 5 días
<i>cefprozil 125 mg/5ml susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml susp, 500 mg tab</i>	2	Preferred	CEFZIL	QL = 5 días
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfamethoxazole-tmp ds 800-160 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5ml susp, 400-80 mg tab</i>	1	Preferred	SEPTRA	QL = 5 días
<b>Tetracyclines [Tetraciclinas]</b>				
<i>doxycycline monohydrate 100 mg cap</i>	2	Preferred	MONODOX	QL=5 días
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i>	2	Preferred	VIBRAMYCIN	QL=5 días
<b>Third Generation Cephalosporins [Cefalosporinas De Tercera Generación]</b>				
<i>cefdinir 125 mg/5ml susp, 300 mg cap</i>	2	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
<i>cefdinir 250 mg/5ml susp</i>	3	Preferred	OMNICEF	QL = 5 días
<i>ceftriaxone 250 mg IM</i>	1	Preferred	ROCEPHIN	QL = 5 días
<b>Vaginal Antibiotics [Antibióticos Vaginales]</b>				
<i>clindamycin phosphate 2 % vag crm</i>	3	Preferred	CLEOCIN	QL = 5 días
<i>metronidazole 0.75 % vag gel</i>	2	Preferred	METROGEL VAGINAL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>ANTICONVULSANTS [ANTICONVULSIVANTES]</b>				
<b>Anticonvulsants [Anticonvulsivantes]</b>				
<i>carbamazepine 100 mg tab chew, 200 mg tab</i>	1	Preferred	TEGRETOL	QL = 5 días
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab</i>	1	Preferred	KLONOPIN	QL = 5 días
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	QL = 5 días
<i>gabapentin 100 mg cap, 300 mg cap, 400 mg cap, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	NEURONTIN	QL = 5 días
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	QL = 5 días
<i>lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg</i>	3	Preferred	LAMICTAL	
<i>levetiracetam 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
<i>levetiracetam er 24 hrs 500 mg tab, 750 mg</i>	3	Preferred	KEPPRA XR	
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	1	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
<i>phenobarbital 100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab</i>	1	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días
<i>primidone 250 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MYSOLINE	QL = 5 días
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DEPAKENE	QL = 5 días
<i>zonisamide 50 mg cap</i>	1	Preferred	ZONEGRAN	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
DILANTIN 30 mg cap	2	Preferred		QL = 5 días
levetiracetam 1000 mg tab, 750 mg tab	2	Preferred	KEPPRA	QL = 5 días
oxcarbazepine 300 mg tab, 600 mg tab	2	Preferred	TRILEPTAL	QL = 5 días
phenytoin 125 mg/5ml susp, 50 mg tab chew	2	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
phenytoin sodium extended 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap	2	Preferred	DILANTIN	QL = 5 días
zonisamide 100 mg cap, 25 mg cap	2	Preferred	ZONEGRAN	QL = 5 días
ethosuximide 250 mg cap, 250 mg/5ml soln	3	Preferred	ZARONTIN	QL = 5 días
phenobarbital 20 mg/5ml oral elix, 20 mg/5ml soln	3	Preferred	PHENOBARBITAL	QL = 5 días
<b>ANTIDEMENTIA AGENTS [AGENTES ANTIDEMENCIA]</b>				
<b>Cholinesterase Inhibitors [Inhibidores De Colinesterasa]</b>				
donepezil hcl 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ARICEPT	QL = 5 días
rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap	3	Preferred	EXELON	QL = 5 días
<b>ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]</b>				
trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	DESYREL	QL = 5 días
<b>Monoamine Oxidase (Mao) Inhibitors [Inhibidores De Mao]</b>				
selegiline hcl 5 mg tab	3	Preferred	CARBEX	QL = 5 días
<b>ANTIDIABETIC AGENTS [AGENTES ANTIDIABÉTICOS]</b>				
<b>Alpha-Glucosidase Inhibitors [Inhibidores De Alfa Glucosidasa]</b>				
acarbose 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	Preferred	PRECOSE	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Biguanides [Biguanidas]</b>				
<i>metformin hcl 1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab</i>	1	Preferred	GLUCOPHAGE	QL = 5 días
<b>Glycemic Agents [Agentes Glicémicos]</b>				
BAQSIMI 3mg/dose nasal pwr	5	Preferred		Pacientes con diabetes tipo 1, AL= 4-21 años, QL= 2/365 días, No refill.
GLUCAGON EMERGENCY 1 mg inj kit	4	Preferred		QL= 1 kit en 15 días
<b>Insulin Mixtures [Mezclas De Insulinas]</b>				
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 unit/ml sc susp	3	Preferred		QL = 30 días
HUMALOG Mix 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML sc susp	4	Preferred		QL = 30 días
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 unit/ml sc susp	4	Preferred		QL = 30 días
<b>Insulin Sensitizing Agents [Agentes Sensibilizantes De Insulin]</b>				
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	Preferred	ACTOS	QL = 5 días
<b>Intermediate-Acting Insulins [Insulinas De Duración Intermedia]</b>				
HUMULIN N 100 unit/ml sc susp	2	Preferred		QL = 30 días
<b>Long-Acting Insulins [Insulinas de Larga Duración]</b>				
LANTUS SOLOSTAR 100 unit/ml subcutaneous solution pen-injector	2	Preferred		QL = 30 días
LANTUS 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		QL = 30 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Rapid-Acting Insulins [Insulinas de Rápida Duración]</b>				
HUMALOG 100 unit/ml sc soln	3	Preferred		QL = 30 días
<b>Short-Acting Insulins [Insulinas De Corta Duración]</b>				
HUMULIN R 100 unit/ml inj soln	2	Preferred		QL = 30 días
<b>Sulfonylureas [Sulfonilureas]</b>				
glimpiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab	1	Preferred	AMARYL	QL = 5 días
glipizide 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	GLUCOTROL	QL = 5 días
<b>DIABETES SUPPLIES [SUMINISTROS PARA DIABETES]</b>				
<b>Needles &amp; Syringes [Agujas y Jeringuillas]</b>				
insulin syringe/needle	1	Preferred		QL = 30 días
<b>ANTIEMETICS [ANTIEMÉTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Antiemetics [Antieméticos Misceláneos]</b>				
metoclopramide hcl 10 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/ml inj soln	1	Preferred	REGLAN	QL = 5 días
ormir 50 mg cap	1	Preferred	BENADRYL	QL = 5 días
pharbedryl 50 mg cap	1	Preferred	BENADRYL	QL = 5 días
trimethobenzamide hcl 300 mg cap	1	Preferred	TIGAN	QL = 5 días
<b>Phenothiazines [Fenotiazinas]</b>				
prochlorperazine maleate 10 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	COMPAZINE	QL = 5 días
prochlorperazine 25 mg rect supp	4	Preferred	COMPAZINE	QL = 5 días
<b>ANTIGOUT AGENTS [AGENTES ANTIGOTA]</b>				
<b>Antigout Agents [Agentes Antigota]</b>				
allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab	1	Preferred	ZYLOPRIM	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
colchicine 0.6 mg cap	3	Preferred	MITIGARE	PA
COLCRYS 0.6 mg tab	4	Preferred		QL= 3 tab, 15días
<b>Uricosurics [Uricosúricos]</b>				
probenecid 500 mg tab	1	Preferred	BENEMID	QL = 5 días
<b>ANTIHYPERTENSIVES [ANTIHIPERTENSIVOS]</b>				
<b>Alpha-Adrenergic Agonists [Agonistas Alfa Adrenérgicos]</b>				
clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	QL = 5 días
methyldopa 250 mg tab, 500 mg tab	1	Preferred	ALDOMET	QL = 5 días
<b>Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]</b>				
terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap	1	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días
<b>Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) [Antagonistas Del Receptor Angiotensina II]</b>				
losartan potassium 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	1	Preferred	COZAAR	QL = 5 días
losartan potassium-hctz 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab	1	Preferred	HYZAAR	QL = 5 días
<b>Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors [Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina]</b>				
lisinopril 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	ZESTRIL	QL = 5 días
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab	1	Preferred	ZESTORETIC	QL = 5 días
<b>Calcium Channel Blocking Agents [Bloqueadores De Canales De Calcio]</b>				
amlodipine besylate 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	NORVASC	QL = 5 días
verapamil hcl 120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab	1	Preferred	CALAN	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Carbonic Anhydrase Inhibitors Diuretics [Diuréticos Inhibidores De Anhidrasa Carbónica]</b>				
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	Preferred	DIAMOX	QL = 5 días
<b>Cardioselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TENORMIN	QL = 5 días
<i>metoprolol succinate er 25 mg tab er 24 hr, 50 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
<i>metoprolol tartrate 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
<i>metoprolol succinate er 100 mg tab er 24 hr, 200 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	LOPRESSOR	QL = 5 días
<b>Cardioselective Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta-Adrenérgicos Cardioselectivos]</b>				
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg tab, 50-25 mg tab</i>	1	Preferred	TENORETIC	QL = 5 días
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 50-25 mg tab</i>	2	Preferred	LOPRESSOR HCT	QL = 5 días
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide 100-25 mg tab, 100-50 mg tab</i>	3	Preferred	LOPRESSOR HCT	QL = 5 días
<b>Loop Diuretics [Diuréticos Del Asa]</b>				
<i>furosemide 10 mg/ml soln, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LASIX	QL = 5 días
<b>Nonselective Beta Blocking Agents [Bloqueadores Beta No-Selectivos]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Potassium-Sparing Diuretics [Diuréticos Conservadores De Potasio]</b>				
<i>spironolactone 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ALDACTONE	QL = 5 días
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab</i>	1	Preferred	MAXZIDE	QL = 5 días
<b>Thiazide Diuretics [Diuréticos Tiazidas]</b>				
<i>chlorothiazide 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	DIURIL	QL = 5 días
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	HYGROTON	QL = 5 días
DIURIL 250 mg/5ml susp	1	Preferred		QL = 5 días
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MICROZIDE	QL = 5 días
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	Preferred	LOZOL	QL = 5 días
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZAROXOLYN	QL = 5 días
<i>chlorthalidone 100 mg tab</i>	2	Preferred	HYGROTON	QL = 5 días
<i>metolazone 10 mg tab</i>	2	Preferred	ZAROXOLYN	QL = 5 días
<b>Vasodilator Beta Blockers [Bloqueadores Beta Vasodilatadores]</b>				
<i>carvedilol 12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab</i>	1	Preferred	COREG	QL = 5 días
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	APRESOLINE	QL = 5 días
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS [AGENTES ANTIMIGRAÑA]</b>				
<b>Beta-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Beta Adrenérgicos]</b>				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>topiramate 100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOPAMAX	QL = 5 días, ST
<b>ANTIMYASTHENIC AGENTS [AGENTES ANTIMIASTÉNICOS]</b>				
<b>Parasympathomimetics [Parasimpatomiméticos]</b>				
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	2	Preferred	MESTINON	QL = 5 días
MESTINON 60 mg/5ml syr	4	Preferred		QL = 5 días
<i>pyridostigmine bromide 180 mg tab er</i>	6	Preferred	MESTINON	QL = 5 días
<b>ANTIMYCOBACTERIALS [ANTIMICOBACTERIANOS]</b>				
<b>Antituberculars [Antituberculosos]</b>				
CAPASTAT SULFATE 1 gm inj soln				QL = 5 días Puerto Rico Department Tuberculosis Control Program
<i>cycloserine 250 mg cap</i>			SEROMYCIN	
RIFAMATE 150-300 mg cap				
TRECTOR 250 mg tab				
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	7		MYCOBUTIN	
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	ISONIAZID	QL = 5 días
<i>rifampin 150 mg cap</i>	1	Preferred	RIFADIN	QL = 5 días
<i>ethambutol hcl 100 mg tab</i>	2	Preferred	MYAMBUTOL	QL = 5 días
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	Preferred	PYRAZINAMIDE	QL = 5 días
<i>rifampin 300 mg cap</i>	2	Preferred	RIFADIN	QL = 5 días
<i>ethambutol hcl 400 mg tab</i>	3	Preferred	MYAMBUTOL	QL = 5 días
<i>isoniazid 50 mg/5ml syr</i>	5	Preferred	ISONIAZID	QL = 5 días
<b>ANTIPARASITICS [ANTIPARASITARIOS]</b>				
<b>Antimalarials [Antimaláricos]</b>				
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	ARALEN	QL = 5 días
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	1	Preferred	PLAQUENIL	QL = 5 días
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	4	Preferred	QUININE	QL = 5 días
DARAPRIM 25 mg tab	7	Preferred		PA, QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Anthelmintics [Antihelmínticos]</b>				
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	1	Preferred	TINDAMAX	QL = 5 días
<b>ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]</b>				
<b>Anticholinergics [Anticolinérgicos]</b>				
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	COGENTIN	QL = 5 días
<b>Antiparkinson Dopaminergics [Dopaminérgicos Antiparkinson]</b>				
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	1	Preferred	MIRAPEX	QL = 5 días
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	REQUIP	QL = 5 días
<i>ropinirole hcl 2 mg tab</i>	2	Preferred	REQUIP	QL = 5 días
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab</i>	4	Preferred	STALEVO	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab</i>	5	Preferred	STALEVO	QL = 5 días
<b>Dopamine Precursors [Precusores De Dopamina]</b>				
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg tab, 25-100 mg tab</i>	1	Preferred	SINEMET	QL = 5 días
<i>carbidopa-levodopa 25-250 mg tab</i>	2	Preferred	SINEMET	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>carbidopa-levodopa er 25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er</i>	2	Preferred	SINEMET CR	QL = 5 días
<b>ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSIKÓTICOS]</b>				
<b>Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]</b>				
<i>risperidone 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	RISPERDAL	QL = 5 días
<b>Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]</b>				
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
<i>haloperidol 5 mg tab</i>	2	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
<i>haloperidol 10 mg tab</i>	3	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
<i>haloperidol 20 mg tab</i>	4	Preferred	HALDOL	QL = 5 días
<b>ANTIVIRALS [ANTIVIRALES]</b>				
<b>Anti-Cytomegalovirus (Cmv) Agents [Agentes Anti-Citomegalovirus]</b>				
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	13	Preferred	VALCYTE	PA, QL = 5 días
<b>Antiherpetic Agents [Agentes Antiherpéticos]</b>				
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
<i>acyclovir 200 mg/5ml susp</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	QL = 5 días
<i>acyclovir 5% ointment</i>	2	Preferred	ZOVIRAX	PA, QL = 5 días Cubierto para las clínicas de CLETS
<i>valacyclovir 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	Preferred	VALTREX	QL = 5 días
<b>Anti-Influenza Agents [Agentes Antiinfluenza]</b>				
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días
<i>amantadine hcl 100 mg cap</i>	3	Preferred	SYMMETREL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap, 45 mg cap, 75 mg, 6 mg/ ml susp</i>	4	Preferred	TAMIFLU	
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS [AGENTES PARA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA]</b>				
<b>Alpha-Adrenergic Blocking Agents [Bloqueadores Alfa Adrenérgicos]</b>				
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	HYTRIN	QL = 5 días
<b>BLOOD MODIFIERS [MODIFICADORES DE LA SANGRE]</b>				
<b>Anticoagulants [Anticoagulantes]</b>				
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	COUMADIN	QL = 5 días
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml inj soln</i>	2	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
<i>heparin sodium (porcine) 10000 unit/ml inj soln, 5000 unit/ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
<i>heparin sodium (porcine) pf 5000 unit/0.5ml inj soln</i>	3	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
<i>heparin sodium (porcine) 2000 unit/ml iv soln</i>	8	Preferred	HEPARIN	QL = 5 días
<b>Colony Stimulating Factors [Estimulantes Mieloides]</b>				
NEULASTA 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, QL = 5 días
NEULASTA DELIVERY KIT 6 mg/0.6ml sc soln	12	Preferred		PA, QL = 5 días
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml inj soln,	9	Preferred		PA
NIVESTYM 300 mcg/0.5ml PF syr	9	Preferred		PA
NIVESTYM 480 mcg/0.8ml PF syr	9	Preferred		PA

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
NIVESTYM 480 mcg/1.6ml inj soln,	9	Preferred		PA
<b>Platelet Modifying Agents [Modificadores De Plaquetas]</b>				
<i>cilostazol 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	PLETAL	QL = 5 días
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	Preferred	PLAVIX	QL = 5 días
<b>CARDIOVASCULAR AGENTS [AGENTES CARDIOVASCULARES]</b>				
<b>Antiarrhythmics Class II [Antiarrítmicos Clase II]</b>				
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días
<i>sotalol hcl (af) 120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	BETAPACE	QL = 5 días
<i>propranolol hcl 60 mg tab</i>	2	Preferred	INDERAL	QL = 5 días
<b>Antiarrhythmics Type I-A [Antiarrítmicos Tipo I-A]</b>				
<i>quinidine sulfate 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL = 5 días
<i>quinidine gluconate er 324 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINAGLUTE	QL = 5 días
<i>quinidine sulfate er 300 mg tab er</i>	2	Preferred	QUINIDINE SULFATE	QL = 5 días
<b>Antiarrhythmics Type I-B [Antiarrítmicos Tipo I-B]</b>				
<i>mexiletine hcl 150 mg cap</i>	2	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
<i>mexiletine hcl 200 mg cap</i>	3	Preferred	MEXITIL	QL = 5 días
<b>Antiarrhythmics Type I-C [Antiarrítmicos Tipo I-C]</b>				
<i>flecainide acetate 100 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab</i>	1	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
<i>flecainide acetate 150 mg tab</i>	2	Preferred	TAMBOCOR	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>propafenone hcl 300 mg tab</i>	3	Preferred	RYTHMOL	QL = 5 días
<b>Antiarrhythmics Type Iii [Antiarrítmicos Tipo Iii]</b>				
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	1	Preferred	CORDARONE	QL = 5 días
<b>Miscellaneous Cardiovascular Agents [Agentes Cardiovasculares Misceláneos]</b>				
<i>digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	Preferred	LANOXIN	QL = 5 días
<b>Vasodilators [Vasodilatadores]</b>				
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	ISORDIL	QL = 5 días
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24 hr, 30 mg tab er 24 hr, 60 mg tab er 24 hr</i>	1	Preferred	IMDUR	QL = 5 días
NITROSTAT 0.3 mg tab sub, 0.4 mg tab sub, 0.6 mg tab sub	1	Preferred		QL = 5 días
<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	QL = 5 días
<i>nystatin 100000 unit/ml mouth/throat susp, 100000 unit/ml crm</i>	1	Preferred	NYSTATIN	QL = 5 días
<b>DERMATOLOGICAL AGENTS [AGENTES DERMATOLÓGICOS]</b>				
<b>Pediculicides And Scabicides [Pediculicidas Y Escabicidas]</b>				
<i>permethrin 5 % crm</i>	3	Preferred	ELIMITE	QL = 5 días
<b>Topical Antibiotics [Antibióticos Tópicos]</b>				
<i>mupirocin 2 % oint</i>	1	Preferred	BACTROBAN	QL = 5 días
<i>silver sulfadiazine 1 % crm</i>	1	Preferred	SILVADENE	QL = 5 días
<i>terbinafine 1% crm</i>	1	Preferred	LAMISIL	OTC, QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>Warts [Verrugas]</b>				
<i>imiquimod cream 5%</i>	1	Preferred	ALDARA	QL = 5 días, AL >12 años
<b>DYSLIPIDEMICS [DISLIPIDÉMICOS]</b>				
<b>Bile Acid Sequestrants [Secuestradores De Ácidos Biliares]</b>				
<i>cholestyramine 4 gm pkt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días
<i>cholestyramine light 4 gm pkt, 4 gm/dose oral pwdr</i>	3	Preferred	QUESTRAN	QL = 5 días
<b>Fibric Acid Derivatives [Derivados De Ácido Fíbrico]</b>				
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	1	Preferred	LOPID	QL = 5 días
<b>Hmg-Coa Reductase Inhibitors [Inhibidores De La Hmg-Coa Reductasa]</b>				
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	Preferred	LIPITOR	QL = 5 días
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	ZOCOR	QL = 5 días
<b>GASTROINTESTINAL AGENTS [AGENTES GASTROINTESTINALES]</b>				
<b>Histamine2 (H2) Receptor Antagonists [Antagonistas Del Receptor De H2]</b>				
<i>famotidine 20 mg tab, 40 mg tab, 40mg/5ml susp</i>	1	Preferred	PEPCID	QL = 5 días
<i>cimetidine hcl 300mg/5ml</i>	1	Preferred	TAGAMET	
<b>Miscellaneous Gastrointestinal Agents [Agentes Gastrointestinales Misceláneos]</b>				
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	4	Preferred	ACTIGALL	PA, QL = 5 días
<i>ursodiol 250 mg tab</i>	3	Preferred	URSO 250	PA, QL= 5 días
<i>ursodiol 500 mg tab</i>	4	Preferred	URSO Forte	PA, QL=5 días
<b>Proton Pump Inhibitors [Inhibidores De La Bomba De Protones]</b>				
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	1	Preferred	PRILOSEC	QL=180 caps/ 365 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>GENITOURINARY AGENTS [AGENTES GENITOURINARIOS]</b>				
<b>Miscellaneous Genitourinary Agents [Agentes Genitourinarios Misceláneos]</b>				
<i>phenazopyridine hcl 100 mg tab, 200 mg tab</i>	1	Preferred	PYRIDIUM	QL = 3 días
<b>HORMONAL AGENTS [AGENTES HORMONALES]</b>				
<b>Antithyroid Agents [Agentes Antitiroide]</b>				
<i>methimazole 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	TAPAZOLE	QL = 5 días
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	Preferred	PROPYLTHIOURACIL	QL = 5 días
<b>Calcimimetic Agents [Agentes Calcimiméticos]</b>				
SENSIPAR 30 mg tab	7	Preferred		PA, QL = 5 días
SENSIPAR 60 mg tab	9	Preferred		PA, QL = 5 días
SENSIPAR 90 mg tab	10	Preferred		PA, QL = 5 días
<b>Dopamine Agonists [Agonistas De Dopamina]</b>				
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab</i>	3	Preferred	PARLODEL	QL = 5 días
<b>Thyroid Hormones [Hormona Tiroidea]</b>				
SYNTHROID 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab	1	Preferred		QL = 5 días
<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	QL = 5 días
<i>methylprednisolone 32 mg tab, 4 mg tab</i>	1	Preferred	MEDROL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>prednisone 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días
<i>prednisone (pak) 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	DELTASONE	QL = 5 días
<i>methylprednisolone 16 mg tab, 8 mg tab</i>	2	Preferred	MEDROL	QL = 5 días
<b>Immune Globulins [Inmunoglobulinas]</b>				
<i>RHOGAM ultra-filtered plus im soln 1500 unit</i>	4	Preferred		
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE [ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL]</b>				
<b>Aminosalicylates [Aminosalicilatos]</b>				
<i>DELZICOL 400 mg cap dr</i>	5	Preferred		QL = 5 días
<i>mesalamine tab dr 800 mg</i>	6	Preferred	ASACOL	QL = 5 días
<b>Sulfonamides [Sulfonamidas]</b>				
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	AZULFIDINE	QL = 5 días
<b>MINERALS &amp; ELECTROLYTES [MINERALES Y ELECTROLITOS]</b>				
<b>Calcium Regulating Agents [Agentes Reguladores De Calcio]</b>				
<i>vitamin d 400 unit cap</i>	1	Preferred	VITAMIN D	QL = 5 días
<b>MUSCLE RELAXANTS [RELAJANTES MUSCULARES]</b>				
<b>Antispasticity Agents [Agentes Antiespasticidad]</b>				
<i>baclofen 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LIORESAL	QL = 5 días
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
<i>dantrolene sodium 100 mg cap</i>	3	Preferred	DANTRIUM	QL = 5 días
<b>Skeletal Muscle Relaxants [Relajantes Musculoesqueletales]</b>				
<i>cyclobenzaprine hcl 10 mg tab</i>	1	Preferred	FLEXERIL	QL = 5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<b>OPHTHALMIC AGENTS [AGENTES OFTÁLMICOS]</b>				
<b>Antiglaucoma Agents [Agentes Antiglaucoma]</b>				
<i>brimonidine tartrate 0.2 % ophth soln</i>	1	Preferred	ALPHAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
<i>dorzolamide hcl 2 % ophth soln</i>	1	Preferred	TRUSOPT	QL = Frasco 10 ML/30 días
<i>levobunolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/25 días
<i>levobunolol hcl 0.25 % ophth soln</i>	1	Preferred	BETAGAN	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
<i>timolol maleate 0.5 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/30 días
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophth sol 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	Preferred	COSOPT	QL = 1 Frasco 5 ML/30 días
<i>timolol maleate 0.25 % ophth soln</i>	1	Preferred	TIMOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/25 días
<i>betaxolol hcl 0.5 % ophth soln</i>	2	Preferred	BETOPTIC	QL = 1 Frasco 5 ML/15 días
<b>Ophthalmic Antibiotics [Antibióticos Oftálmicos]</b>				
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth oint</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	QL = 1 Tubo 3.5 GM/5 días
<i>gentamicin sulfate 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	GARAMYCIN	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días
<i>tobramycin 0.3 % ophth soln</i>	1	Preferred	TOBEX	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días
<b>Ophthalmic Prostaglandins [Prostaglandinas Oftálmicas]</b>				
<i>latanoprost 0.005 % ophth soln</i>	1	Preferred	XALATAN	QL = 1 Frasco/25 días
<b>Ophthalmic Steroids [Esteroides Oftálmicos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone 3.5-10000-0.1 ophth oint, 3.5-10000-0.1 ophth susp</i>	1	Preferred	MAXITROL	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]



FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>prednisolone acetate 1 % ophth susp</i>	2	Preferred	PRED FORTE	QL = 1 Frasco 5 ML/5 días
<b>OTIC AGENTS [AGENTES OTICOS]</b>				
<b>Miscellaneous Otic Agents [Agentes Oticos Misceláneos]</b>				
<i>acetic acid 2 % otic soln</i>	2	Preferred	VOSOL	QL = 1 Frasco 15 ML/10 días
<b>Otic Antibiotics [Antibióticos Oticos]</b>				
<i>neomycin-polymyxin-hc 1 % otic soln, 3.5-10000-1 otic soln, 3.5-10000-1 otic susp</i>	2	Preferred	CORTISPORIN	QL = 1 Frasco 10 ML/10 días
<b>RESPIRATORY AGENTS [AGENTES RESPIRATORIOS]</b>				
<b>Anticholinergic Bronchodilators [Broncodilatadores Anticolinérgicos]</b>				
<i>ipratropium bromide 0.02 % inh soln</i>	1	Preferred	ATROVENT	QL = 5 días
<b>Antileukotrienes [Antileukotrienos]</b>				
<i>montelukast sodium 10 mg tab, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew</i>	1	Preferred	SINGULAIR	QL = 5 días
<b>Antitussive-Expectorant [Expectorantes Antitusivos]</b>				
<i>benzonatate 100 mg cap</i>	1	Preferred	TESSALON	QL = 5 días
<i>guaifenesin-codeine 100-10 mg/5ml soln</i>	1	Preferred	CHERATUSSIN	QL = 5 días
<b>Inhaled Corticosteroids [Corticosteroides Inhalados]</b>				
FLOVENT DISKUS 100 mcg/blist inh aer pwdr, 250 mcg/blist inh aer pwdr, 50 mcg/blist inh aer pwdr	3	Preferred		QL = 1 Inh 60 EA/30 días, P
FLOVENT HFA 110 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 Inh 12 EA/30 días
FLOVENT HFA 44 mcg/act inh aer	3	Preferred		QL = 1 Inh 10.6 EA/30 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>budesonide 0.25 mg/2ml inh susp, 0.5 mg/2ml inh susp, 1mg/2ml inh susp</i>	4	Preferred	PULMICORT	AL <=/12
<i>budesonide 1mg/2ml inh susp</i>	8	Preferred	PULMICORT	AL <=/12
FLOVENT HFA 220 mcg/act inh aer	4	Preferred		QL = 1 Inh 12 EA/30 días
<i>fluticasone propionate HFA 110 mcg/act inh aer, 220 mcg/act inh aer, 44 mcg/act inh aer</i>		Preferred		QL = 1 pompa / 30 días
<i>fluticasone propionate diskus 100 mcg/blist inh aer pwr, 250 mcg/blist inh aer pwr, 50 mcg/blist inh aer pwr</i>		Preferred		QL = 1 pompa / 30 días
QVAR RediHaler 40 mcg/act inh aer; 80 mcg/act inh aer		Preferred		QL = 1 pompa / 30 días
<b>Sedating Histamine1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine1]</b>				
<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	Preferred	PHENERGAN	QL = 5 días
<b>Sympathomimetic Bronchodilators [Broncodilatadores Simpatomiméticos]</b>				
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% inh neb soln</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL = 60 amp (180 mL) en 15 días
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	BRETHINE	QL = 5 días
<i>albuterol HFA 108 (90 base) mcg/act inh aer</i>	1	Preferred		QL = 1 pompa /30 días

• PA - Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa] • QL - Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST - Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL - Age Limit [Límite de Edad] • Net Cost [Costo Neto] - Please refer to page 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos /Límites]
<i>albuterol sulfate inh neb soln (5 MG/ML) 0.5%</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 20 mL en 30 días
<i>albuterol sulfate syrup oral 2 mg/5ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 473 mL en 15 días
<i>albuterol sulfate inh neb soln 1.25 mg/3ml</i>	1	Preferred	ALBUTEROL	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de edad =0-3
<i>levalbuterol HCL inh neb soln 0.31mg/3ml, 0.63mh/3ml, 1.25mg/3ml</i>		Preferred	XOPENEX	QL= 60 amp (180 mL) en 15 días Límite de repeticiones = 1

• 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 11 for monthly net cost range [Ver página 11 para rangos de costo neto mensual]

FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

<b>A</b>		<i>ceftriaxone</i> .....	17
<i>acarbose</i> .....	19	<i>cephalexin</i> .....	14, 15
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	13	<i>chloroquine phosphate</i> .....	25
<i>acetaminophen-codeine #3</i> .....	13	<i>chlorothiazide</i> .....	24
<i>acetazolamide</i> .....	23	<i>chlorthalidone</i> .....	24
<i>acetic acid</i> .....	35	<i>cholestyramine</i> .....	31
<i>acyclovir</i> .....	27	<i>cholestyramine light</i> .....	31
<i>albuterol HFA</i> .....	36	<i>cilostazol</i> .....	29
<i>albuterol sulfate</i> .....	36, 37	<i>cimetidine hcl</i> .....	31
<i>albuterol sulfate syrup</i> .....	37	<i>ciprofloxacin</i> .....	17
<i>allopurinol</i> .....	21	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	16
<i>amantadine hcl</i> .....	26, 27	<i>clarithromycin</i> .....	15
<i>amiodarone hcl</i> .....	30	<i>clindamycin hcl</i> .....	15
<i>amlodipine besylate</i> .....	22	<i>clindamycin phosphate</i> .....	17
<i>amoxicillin</i> .....	16	<i>clonazepam</i> .....	14, 18
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	16	<i>clonidine hcl</i> .....	22
<i>ampicillin</i> .....	16	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	29
ASACOL HD.....	33	<i>clotrimazole</i> .....	30
<i>atenolol</i> .....	23	<i>colchicine</i> .....	22
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	23	COLCRYS.....	22
<i>atorvastatin calcium</i> .....	31	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	33
<i>azithromycin</i> .....	15	<i>cycloserine</i> .....	25
<b>B</b>		<b>D</b>	
<i>baclofen</i> .....	33	<i>dantrolene sodium</i> .....	33
BAQSIMI.....	20	DARAPRIM.....	25
<i>benzonatate</i> .....	35	DELZICOL.....	33
<i>benztropine mesylate</i> .....	26	<i>dexamethasone</i> .....	32
<i>betaxolol hcl</i> .....	34	<i>diazepam</i> .....	14
BICILLIN L-A.....	16	<i>digoxin</i> .....	30
<i>brimonidine tartrate</i> .....	34	DILANTIN.....	19
<i>bromocriptine mesylate</i> .....	26, 32	DIURIL.....	24
<i>budesonide</i> .....	36	<i>divalproex sodium</i> .....	18, 24
<i>buprenorphine/naloxone</i> .....	14	<i>donepezil hcl</i> .....	19
<b>C</b>		<i>dorzolamide hcl</i> .....	34
CAPASTAT SULFATE.....	25	<i>doxycycline hyclate</i> .....	17
<i>carbamazepine</i> .....	18	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	17
<i>carbidopa-levodopa</i> .....	26	<b>E</b>	
<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	27	ERYTHROCIN STEARATE.....	15
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> .....	26	<i>erythromycin base</i> .....	15
<i>carvedilol</i> .....	24	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	15
<i>cefaclor</i> .....	17	<i>ethambutol hcl</i> .....	25
<i>cefadroxil</i> .....	15	<i>ethosuximide</i> .....	19
<i>cefdinir</i> .....	17	<b>F</b>	
<i>cefprozil</i> .....	17	<i>famotidine</i> .....	31

## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

<i>flecainide acetate</i> .....	29	<i>levetiracetam</i> .....	18, 19
FLOVENT DISKUS .....	35	<i>levetiracetam er 24 hrs</i> .....	18
FLOVENT HFA.....	35, 36	<i>levobunolol hcl</i> .....	34
<i>fluticasone propionate diskus</i> .....	36	<i>levofloxacin</i> .....	16
<i>fluticasone propionate HFA</i> .....	36	<i>lidocaine viscous</i> .....	13
<i>furosemide</i> .....	23	<i>lisinopril</i> .....	22
G		<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	22
<i>gabapentin</i> .....	18	<i>lorazepam</i> .....	14
<i>gemfibrozil</i> .....	31	<i>losartan potassium</i> .....	22
<i>gentamicin sulfate</i> .....	34	<i>losartan potassium-hctz</i> .....	22
<i>glimepiride</i> .....	21	M	
<i>glipizide</i> .....	21	MACRODANTIN.....	15
GLUCAGON EMERGENCY .....	20	<i>mesalamine tab dr</i> .....	33
<i>guaifenesin-codeine</i> .....	35	MESTINON .....	25
H		<i>metformin hcl</i> .....	20
<i>haloperidol</i> .....	27	<i>methimazole</i> .....	32
<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	28	<i>methyldopa</i> .....	22
<i>heparin sodium (porcine) pf</i> .....	28	<i>methylprednisolone</i> .....	32, 33
HUMALOG .....	21	<i>metoclopramide hcl</i> .....	21
HUMALOG MIX 50/50.....	20	<i>metolazone</i> .....	24
HUMALOG Mix 75/25.....	20	<i>metoprolol succinate er</i> .....	23
HUMULIN 70/30 .....	20	<i>metoprolol tartrate</i> .....	23
HUMULIN N .....	20	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	23
HUMULIN R .....	21	<i>metronidazole</i> .....	15, 17
<i>hydralazine hcl</i> .....	24	<i>mexiletine hcl</i> .....	29
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	24	<i>montelukast sodium</i> .....	35
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	25	<i>mupirocin</i> .....	30
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	14	N	
I		<i>nabumetone</i> .....	13
<i>ibuprofen</i> .....	13	<i>naloxone hcl</i> .....	14
<i>imiquimod</i> .....	31	<i>naltrexone hcl</i> .....	14
<i>indapamide</i> .....	24	<i>naproxen</i> .....	13
<i>indomethacin</i> .....	13	<i>naproxen sodium</i> .....	13
<i>insulin syringe/needle</i> .....	21	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> .....	34
<i>ipratropium bromide</i> .....	35	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	35
<i>isoniazid</i> .....	25	NEULASTA .....	28
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	30	NEULASTA DELIVERY KIT .....	28
<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	30	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	15
L		<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	16
<i>lamotrigine</i> .....	18	<i>nitrofurantoin oral suspension</i> .....	15
<i>lamotrigine chew tab</i> .....	18	NITROSTAT .....	30
LANTUS.....	20	<i>nystatin</i> .....	30
LANTUS SOLOSTAR.....	20	O	
<i>latanoprost</i> .....	34	<i>omeprazole</i> .....	31
<i>levalbuterol HCL</i> .....	37	<i>ormir</i> .....	21

## FORMULARIO DE EMERGENCIA INTEGRADO (FEI)

<i>oseltamivir phosphate</i> .....	28	<i>ropinirole hcl</i> .....	26
<i>oxcarbazepine</i> .....	18, 19	S	
P		<i>salsalate</i> .....	13
<i>penicillin g procaine</i> .....	16	<i>selegiline hcl</i> .....	19
<i>penicillin v potassium</i> .....	16	SENSIPAR .....	32
<i>permethrin</i> .....	30	<i>silver sulfadiazine</i> .....	30
<i>pharbedryl</i> .....	21	<i>simvastatin</i> .....	31
<i>phenazopyridine hcl</i> .....	32	<i>sotalol hcl</i> .....	29
<i>phenobarbital</i> .....	18, 19	<i>sotalol hcl (af)</i> .....	29
<i>phenytoin</i> .....	19	<i>spironolactone</i> .....	24
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	19	<i>sulfamethoxazole-tmp ds</i> .....	17
<i>pioglitazone hcl</i> .....	20	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	17
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	26	<i>sulfasalazine</i> .....	33
<i>prednisolone acetate</i> .....	35	SYNTHROID .....	32
<i>prednisone</i> .....	33	T	
<i>prednisone (pak)</i> .....	33	<i>temazepam</i> .....	14
<i>primidone</i> .....	18	<i>terazosin hcl</i> .....	22, 28
<i>probenecid</i> .....	22	<i>terbutaline sulfate</i> .....	36
<i>prochlorperazine</i> .....	21	<i>timolol maleate</i> .....	34
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	21	<i>tinidazole</i> .....	26
<i>promethazine hcl</i> .....	36	<i>tobramycin</i> .....	34
<i>propafenone hcl</i> .....	29, 30	<i>topiramate</i> .....	18, 25
<i>propranolol hcl</i> .....	23, 29	<i>tramadol hcl</i> .....	13
<i>propylthiouracil</i> .....	32	<i>trazodone hcl</i> .....	19
<i>pyrazinamide</i> .....	25	TRECTOR.....	25
<i>pyridostigmine</i> .....	25	<i>triamterene-hctz</i> .....	24
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	25	<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	21
Q		U	
<i>quinidine gluconate er</i> .....	29	<i>ursodiol</i> .....	31
<i>quinidine sulfate</i> .....	29	V	
<i>quinidine sulfate er</i> .....	29	<i>valacyclovir</i> .....	27
<i>quinine sulfate</i> .....	25	<i>valganciclovir hcl</i> .....	27
QVAR REDHALER .....	36	<i>valproic acid</i> .....	18
R		<i>verapamil hcl</i> .....	22
RHOGAM.....	33	<i>vitamin d</i> .....	33
<i>rifabutin</i> .....	25	W	
RIFAMATE .....	25	<i>warfarin sodium</i> .....	28
<i>rifampin</i> .....	25	Z	
<i>risperidone</i> .....	27	<i>zonisamide</i> .....	18, 19
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	19		



¿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**

