



SUB MENTAL

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



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 médicamente necesario se podrá extender el periodo de tratamiento, según aplique mediante el proceso de excepción.

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

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

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

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

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

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

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

4. Regla de Emergencia

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

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

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

PLAN DE SALUD DEL 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	7
ANTI-ADDICTION AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADDICIÓN]	9
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]	9
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides].....	9
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides].....	9
Detox Treatment [Tratamiento De Detox].....	9
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]	9
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	9
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1].....	10
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]	10
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]	10
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]	10
Tricyclic Agents [Tricíclicos]	11
ANTI-PARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]	11
ANTI-PSYCHOTICS [ANTIPSICÓTICOS]	12
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]	12
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación].....	13
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO]	14
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]	14
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]	15
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]	15
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD].....	15
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]	16
Benzodiazepines [Benzodiazepinas].....	16
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]	16

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]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANALGESICS [ANALGESICOS]				
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (NSAIDs) [Anti-Inflamatorios No Esteroidales]				
<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

1	menos de \$20	Menos costoso mensualmente
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	Más costoso mensualmente

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.

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
THERAPEUTIC CATEGORY [CATEGORÍA TERAPÉUTICA]				
Therapeutic Class [Clase Terapéutica]				
ANTI-ADDICTION AGENTS [AGENTES CONTRA LA ADDICIÓN]				
Opioid Antagonist [Antagonistas De Opioides]				
buprenorphine hcl 2 mg tab subl, 8 mg tab subl	3	Preferred	SUBUTEX	
buprenorphine/naloxone subl tab 2-0.5 mg, 8-2 mg	5	Preferred		
buprenorphine/naloxone subl film 2-0.5 mg, 8-2 mg, 4-1 mg, 12-3 mg	5	Preferred		
Opioid Dependence Treatments [Tratamientos Para La Dependencia De Opioides]				
naltrexone hcl 50 mg tab	2	Preferred	REVIA	
Opioid Reversal Agents [Agentes Para La Reversión De Opioides]				
naloxone hcl 0.4 mg/ml inj soln	1	Preferred	NARCAN	
Detox Treatment [Tratamiento De Detox]				
b-1 100 mg tab	1	Preferred	THIAMINE	QL
clonidine hcl 0.1 mg tab	1	Preferred	CATAPRESS	
folic acid 1 mg tab	1	Preferred	FOLIC ACID	QL
ibuprofen 800 mg tab	1	Preferred	MOTRIN	QL
loperamide hcl 2 mg cap	1	Preferred	IMODIUM	QL
ANTI-ANXIETY AGENTS [AGENTES PARA LA ANXIEDAD]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2mg tab	1	Preferred	KLONOPIN	
diazepam 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab	1	Preferred	VALIUM	
lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab	1	Preferred	ATIVAN	
diazepam 1 mg/ml soln	2	Preferred	VALIUM	
DIAZEPAM INTENSOL 5 mg/ml oral conc	2	Preferred		

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa]
 • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] •
 Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>lorazepam 2 mg/ml oral conc</i>	2	Preferred	ATIVAN	
Sedating Histamine 1 Blocking Agents [Sedantes Bloqueadores Histamine 1]				
<i>hydroxyzine pamoate 100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	1	Preferred	VISTARIL	
ANTIDEPRESSANTS [ANTIDEPRESIVOS]				
Miscellaneous Antidepressants [Antidepresivos Misceláneos]				
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	1	Preferred	WELLBUTRIN	
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12 hr, 150 mg tab er 12 hr, 200 mg tab er 12 hr</i>	1	Preferred	WELLBUTRIN SR	
<i>escitalopram oxalate 5mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	Preferred	LEXAPRO	
<i>mirtazapine 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	REMERON	
<i>trazodone hcl 100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	DESYREL	
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	2	Preferred	WELLBUTRIN	
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24 hr, 300 mg tab er 24 hr</i>	2	Preferred	WELLBUTRIN XL	
<i>mirtazapine 15 mg odt, 30 mg odt, 45 mg odt</i>	3	Preferred	REMERON	
Serotonin and/or Norepinephrine Modulators [Moduladores De Serotonina y/o Norepinefrina]				
<i>citalopram hydrobromide 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	CELEXA	
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	1	Preferred	PROZAC	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml soln</i>		Preferred	PROZAC	

• 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 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>paroxetine hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	1	Preferred	PAXIL	
<i>sertraline hcl 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	ZOLOFT	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	Preferred	ZOLOFT	
<i>venlafaxine hcl 100mg tab, 25mg tab, 37.5mg tab, 50mg tab, 75mg tab</i>	1	Preferred	EFFEXOR	
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap er 24 hr, 37.5 mg cap er 24 hr, 75 mg cap er 24 hr</i>	1	Preferred	EFFEXOR XR	
<i>duloxetine 20 mg cap, 30 mg cap, 60 mg cap</i>	2	Preferred	CYMBALTA	
Tricyclic Agents [Tricíclicos]				
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab</i>	1	Preferred	ELAVIL	
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	SINEQUAN	
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	TOFRANIL	
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml soln, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	PAMELOR	
<i>doxepin hcl 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	Preferred	SINEQUAN	
ANTIPARKINSON AGENTS [AGENTES ANTIPARKINSON]				
Anticholinergics [Anticolinérgicos]				
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	Preferred	COGENTIN	

• 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 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
ANTIPSYCHOTICS [ANTIPSICÓTICOS]				
Atypical - Second Generation [Atípicos - Segunda Generación]				
<i>olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	ZYPREXA	AL ≥ 10 años
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab</i>	1	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<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	AL ≥ 5 años
RISPERDAL CONSTA 12.5 mg recon im susp, 25 mg recon im susp, 37.5 mg recon im susp, 50 mg recon im susp		Preferred		PA
INVEGA SUSTENNA 117 mg/0.75ml im susp pfs, 156 mg/ml im susp pfs, 234 mg/1.5ml im susp pfs, 39 mg/0.25ml im susp pfs, 78 mg/0.5ml im susp pfs		Preferred		PA
INVEGA TRINZA 273 mg/0.88ml im susp pfs, 410 mg/1.32ml im susp pfs, 546 mg/1.75ml im susp pfs, 819 mg/2.63ml im susp pfs		Preferred		PA
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML im susp pfs		Preferred		PA
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i>	2	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<i>risperidone 1 mg/ml soln</i>	2	Preferred	RISPERDAL	AL ≥ 5 años
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i>	3	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<i>lurasidone 120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab</i>	4	Preferred	LATUDA	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 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i>	4	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i>	5	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i>	6	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<i>aripiprazole 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	7	Preferred	ABILIFY	AL ≥ 6 años
<i>aripiprazole 1 mg/ml soln</i>	10	Preferred	ABILIFY	AL ≥ 6 años
Typical - First Generation [Típicos - Primera Generación]				
<i>fluphenazine hcl 1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	PROLIXIN	
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 2 mg/ml oral conc</i>	1	Preferred	HALDOL	
<i>thioridazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	Preferred	MELLARIL	
<i>thiothixene 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	1	Preferred	NAVANE	
<i>trifluoperazine hcl 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	Preferred	STELAZINE	
<i>chlorpromazine hcl 25 mg tab</i>	2	Preferred	THORAZINE	
<i>haloperidol 5 mg tab</i>	2	Preferred	HALDOL	
<i>haloperidol decanoate 50 mg/ml im soln</i>	2	Preferred	HALDOL DECANOATE	
<i>thioridazine hcl 100 mg tab</i>	2	Preferred	MELLARIL	
<i>thiothixene 10 mg cap</i>	2	Preferred	NAVANE	
<i>chlorpromazine hcl 100 mg tab, 50 mg tab</i>	3	Preferred	THORAZINE	
<i>haloperidol 10 mg tab</i>	3	Preferred	HALDOL	
<i>haloperidol decanoate 100 mg/ml im soln</i>	3	Preferred	HALDOL DECANOATE	

• 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 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>chlorpromazine hcl 200 mg tab</i>	4	Preferred	THORAZINE	
<i>haloperidol 20 mg tab</i>	4	Preferred	HALDOL	
MOOD STABILIZERS [ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO]				
Bipolar Agents [Agentes Para Bipolaridad]				
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	1	Preferred	DEPAKOTE	
<i>lamotrigine 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab</i>	1	Preferred	LAMICTAL	
<i>lamotrigine chew tab 5 mg, 25 mg</i>	3	Preferred	LAMICTAL	
<i>lithium carbonate 150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap</i>	1	Preferred	LITHIUM	
<i>lithium carbonate er 300 mg tab er, 450 mg tab er</i>	1	Preferred	LITHIUM	
<i>olanzapine 10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	1	Preferred	ZYPREXA	AL ≥ 10 años
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab</i>	1	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<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	AL ≥ 5 años
<i>valproic acid 250 mg cap, 250 mg/5ml soln, 250 mg/5ml syr</i>	1	Preferred	DEPAKENE	
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i>	2	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<i>risperidone 1 mg/ml soln</i>	2	Preferred	RISPERDAL	AL ≥ 5 años
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i>	3	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i>	4	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa]
 • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] •
 Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i>	5	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i>	6	Preferred	SEROQUEL	AL ≥ 10 años
<i>aripiprazole 10 mg tab, 15 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	7	Preferred	ABILIFY	AL ≥ 6 años
<i>aripiprazole 1 mg/ml soln</i>	10	Preferred	ABILIFY	AL ≥ 6 años
PSYCHOSTIMULANTS [PSICOESTIMULANTES]				
ADHD Amphetamines [Anfetaminas ADHD]				
<i>amphetamine-dextroamphetamine 15 mg tab, 30 mg tab</i>	2	Preferred	ADDERALL	AL 3-20 años
<i>amphetamine-dextroamphetamine 10 mg tab, 12.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	3	Preferred	ADDERALL	AL 3-20 años
<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	3	Preferred	DEXEDRINE	AL 3-20 años
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24 hr, 10 mg cap er 24 hr</i>	4	Preferred	DEXEDRINE SR	ST PA ≥ 21 AL 6-20 años
<i>dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24 hr</i>	5	Preferred	DEXEDRINE SR	ST PA ≥ 21 AL 6-20 años
<i>DYANAVEL XR oral susp. er 2.5 mg/ mL</i>	4	Preferred	DYANAVEL XR	PA, AL 6-20 años
ADHD Non-Amphetamines [No-Anfetaminas ADHD]				
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab</i>	1	Preferred	CATAPRESS	
<i>dexmethylphenidate hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	Preferred	FOCALIN	AL 6-20 años
<i>guanfacine ER 1mg tab, 2mg tab, 3mg tab, 4mg tab</i>		Preferred	INTUNIV	AL 6-20 años PA ≥ 21 años
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	2	Preferred	RITALIN	AL 6-20 años
<i>dexmethylphenidate hcl 10 mg tab</i>	3	Preferred	FOCALIN	AL 6-20 años

• PA – Prior Authorization [Pre Autorización] • aPA – Administrative Prior Authorization [Pre Autorización Administrativa]
 • QL – Quantity Limit [Límite de Cantidad] • ST – Step Therapy [Terapia Escalonada] • AL – Age Limit [Límite de Edad] •
 Net Cost [Costo Neto] – Please refer to page 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual]

Drug Name [Nombre del Medicamento]	Net Cost [Costo Neto]	Tier [Tier]	Reference Name [Nombre de Referencia]	Requirements/ Limits [Requerimientos/ Límites]
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	Preferred	RITALIN	AL 6-20 años
<i>methylphenidate hcl ER (CD) 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap</i>	3	Preferred	METADATE CD	PA ≥21, ST, AL 6-20 años
<i>methylphenidate ER OSM 18mg tab, 27mg tab, 36mg tab, 54mg tab</i>		Preferred	CONCERTA ER	AL 6-20 años PA ≥21 años
<i>atomoxetine 10 mg cap, 100 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap</i>	5	Preferred	STRATTERA	PA, AL 6-20 años
QUILLIVANT XR 25MG/5ML oral sol		Preferred		PA, AL 6-20 años
SLEEP DISORDER AGENTS [DESORDENES DEL SUEÑO]				
Benzodiazepines [Benzodiazepinas]				
<i>flurazepam hcl 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	DALMANE	
<i>temazepam 15 mg cap, 30 mg cap</i>	1	Preferred	RESTORIL	
Miscellaneous Sleep Disorder Agents [Agentes Misceláneos Desordenes Del Sueño]				
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 10 mg/ml oral conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	1	Preferred	SINEQUAN	
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab, 5 mg tab</i>	1	Preferred	AMBIEN	

• 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 7 for monthly net cost range [Ver página 7 para rangos de costo neto mensual]

A

amitriptyline hcl.....11
 amphetamine-dextroamphetamine.....15
 aripiprazole13, 15
 atomoxetine16

B

b-19
 benzotropine mesylate11
 buprenorphine hcl9
 buprenorphine/naloxone9
 bupropion hcl10
 bupropion hcl er (sr)10
 bupropion hcl er (xl)10

C

chlorpromazine hcl.....13, 14
 citalopram hydrobromide10
 clonazepam9
 clonidine hcl9, 15

D

dexmethylphenidate hcl15
 dextroamphetamine sulfate15
 dextroamphetamine sulfate er.....15
 diazepam.....9
 DIAZEPAM INTENSOL.....9
 divalproex sodium14
 doxepin hcl11, 16
 DYANAVEL XR15

E

escitalopram10

F

fluoxetine hcl.....10
 fluphenazine hcl13
 flurazepam hcl16
 folic acid9

G

guanfacine ER.....15

H

haloperidol13, 14
 haloperidol decanoate13

hydroxyzine pamoate10

I

ibuprofen9
 imipramine hcl11
 INVEGA HAFYERA12
 INVEGA SUSTENNA12
 INVEGA TRINZA12

L

lamotrigine14
 lamotrigine chew tab14
 lithium carbonate14
 lithium carbonate er.....14
 loperamide hcl.....9
 lorazepam9, 10
 lurasidone12

M

methylphenidate ER OSM.....16
 methylphenidate hcl15, 16
 methylphenidate hcl ER (CD)16
 mirtazapine10

N

naloxone hcl9
 naltrexone hcl9
 nortriptyline hcl11

O

olanzapine12, 14

P

paroxetine hcl.....11

Q

quetiapine fumarate.....12, 13, 14, 15
 QUILLIVANT XR.....16

R

RISPERDAL CONSTA12
 risperidone12, 14

S

sertraline hcl11

sertraline hcl oral concentrate11

V

T

temazepam16

thioridazine hcl13

thiothixene.....13

trazodone hcl.....10

valproic acid 14

venlafaxine hcl 11

venlafaxine hcl er..... 11

Z

zolpidem tartrate 16

¿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

